

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de Vida, Sobrecarga, *Burnout*, Sintomas
Psicopatológicos e Estratégias de *Coping* em Cuidadores
Formais e Informais**

Vanessa Alexandra Patrício Coelho

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2018

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Qualidade de Vida, Sobrecarga, *Burnout*, Sintomas
Psicopatológicos e Estratégias de *Coping* em Cuidadores
Formais e Informais**

Vanessa Alexandra Patrício Coelho

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)

2018

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor Fernando Fradique, por todo o apoio, orientação e disponibilidade demonstrada. Foram essenciais no sucesso deste processo.

Para a minha família e amigos, o meu obrigada por todo o incentivo, motivação e preocupação.

Um especial agradecimento ao meu marido, por sempre me incentivar a que dê o meu melhor.

RESUMO

Com o progressivo envelhecimento da população portuguesa aumenta a necessidade de cuidados, podendo estes cuidados ser providenciados por profissionais ou familiares, levando à distinção entre cuidadores formais e informais. O bem-estar físico e mental destes cuidadores apresenta repercussões diretas na qualidade dos cuidados prestados, pelo que se revela essencial avaliar um conjunto de variáveis passíveis de caracterizar o perfil de cuidador formal e informal por forma a identificar as suas dificuldades e necessidades. O objetivo do presente estudo é o de explorar as seguintes variáveis: Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percebida, estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos numa amostra de cuidadores formais e informais.

A amostra de cuidadores formais é constituída por 200 cuidadores com idades compreendidas entre os 22 e os 66 anos. Já a amostra de cuidadores informais é constituída por 119 cuidadores com idades entre os 20 e os 88 anos. Em ambas as amostras verifica-se uma predominância do sexo feminino. Foram utilizados os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, *World Health Organization Quality of Life - Bref* (WHOQOL-Bref), Questionário de perceção do Estado de Saúde (SF-36), Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA), Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC), Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Os cuidadores tendem a experienciar uma Qualidade de Vida e Qualidade de Vida relacionada com a Saúde relativamente boas. Os cuidadores formais apresentam baixos níveis de *Burnout*. Verifica-se uma Sobrecarga ligeira em ambos os cuidadores e uma maior utilização de estratégias de *Coping* focadas nos problemas. No que se refere à sintomatologia psicopatológica ambos os cuidadores demonstram uma experiência baixa.

Verificaram-se relações entre as variáveis “Idade” e “Escolaridade” e as dimensões da Qualidade de Vida. Também foram verificadas relações entre estas variáveis e as estratégias de *Coping*, mais especificamente com a estratégia “Assumir Responsabilidades” para ambos os cuidadores e “Fuga/Evitamento” para os cuidadores informais. No que se refere à Sobrecarga, verificaram-se associações entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade” para os cuidadores informais. Os cuidadores informais apresentaram associações com a “Idade” ao nível dos Sintomas Psicopatológicos. A análise de grupos revelou diversas associações entre os dados sociodemográficos e as diferentes variáveis e dimensões.

Palavras-chave: Cuidadores Formais, Cuidadores Informais, Qualidade de Vida, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga, Sintomas Psicopatológicos.

ABSTRACT

With the progressive aging of the Portuguese population, the need for care increases. Care can be provided by professionals or family members, leading to the distinction between formal and informal caregivers. The physical and mental well-being of these caregivers has direct repercussions on the quality of care provided. Therefore, it is essential to evaluate a set of variables that characterize the profile of formal and informal caregivers in order to identify their difficulties and needs. The objective of the present study is to explore the following variables: Quality of Life and Quality of Life related to Health perceived, Coping strategies, Burnout, Overload and Psychopathological Symptoms within the sample of formal and informal caregivers.

The sample of formal caregivers consists of 200 caregivers aged between 22 and 66 years. The sample of informal caregivers consists of 119 informal caregivers between the ages of 20 and 88 years. In both samples there is a predominance of females. The following instruments were used: Sociodemographic Questionnaire, World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref), Health Status Perception Questionnaire (SF-36), Ways of Coping Questionnaire (QMLA), Copenhagen Burnout Inventory (IBC), The Zarit Burden Interview (ESC) and Brief Symptom Inventory (BSI).

Caregivers tend to experience relatively good Quality of Life and Quality of Life related to Health. Formal caregivers have low levels of Burnout. There is a slight overload in both caregivers and a greater use of problem-focused Coping strategies. Regarding the psychopathological symptomatology both caregivers show a low experience.

Relationships between the variables "Age" and "Schooling" and the dimensions of the Quality of Life were verified. Relationships between these variables and coping strategies were also verified, more specifically with the "Accepting Responsibility" strategy for both caregivers and "Escape / Avoidance" for informal caregivers. With regard to burden, there were associations between the variables "Age" and "Schooling" for informal caregivers. Informal caregivers presented associations with the "Age" at the level of Psychopathological Symptoms. Group analysis revealed several associations between sociodemographic data and different variables and dimensions.

Keywords: Formal Caregivers, Informal Caregivers, Quality of Life, Coping Strategies, Burnout, Burden, Psychopathological Symptoms.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1 Envelhecimento e um Novo Paradigma do Cuidar	3
1.2 Ser Cuidador	4
1.3 Cuidador Formal.....	7
1.4 Cuidador Informal	8
1.5 A vivência do ato de cuidar	10
1.6 <i>Burnout</i>	11
1.7 Sobrecarga	12
1.8 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	13
1.9 Sintomas Psicopatológicos nos Cuidadores	15
1.10 Objetivos de Investigação.....	16
CAPÍTULO II - METODOLOGIA.....	17
2.1 Desenho da Investigação	17
2.2 Amostra	17
2.2.1 Cuidadores Formais.....	18
2.2.2 Cuidadores Informais	20
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados	22
2.3.1 Questionário Sociodemográfico Formal e Informal.....	22
2.3.2 Inventário de <i>Burnout</i> de <i>Copenhagen</i> (IBC)	22
2.3.3 Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC).....	23
2.3.4 Questionário de Perceção de Estado de Saúde (SF-36)	24
2.3.5 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref).....	25
2.3.6 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	26
2.3.7 Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA).....	26
CAPÍTULO III - ANÁLISE DE RESULTADOS	28
3.1 Caracterizar a população da amostra de cuidadores formais e informais quanto ao <i>Burnout</i> , Sobrecarga, Perceção do Estado de Saúde, Qualidade de Vida, Sintomas Psicopatológicos e Modos de Lidar com os Acontecimentos	28
3.1.1 Avaliar o <i>Burnout</i> (IBC)	28
3.1.2 Avaliar a Sobrecarga (ESC)	29
3.1.3 Avaliar a Perceção do Estado de Saúde (SF-36).....	30

3.1.4	Avaliar a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	31
3.1.5	Identificar as Estratégias de <i>Coping</i> (QMLA) utilizadas em situações de <i>Stress</i>	32
3.1.6	Avaliar os Sintomas Psicopatológicos (BSI)	34
3.1.7	Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de <i>Coping</i> , <i>Burnout</i> , Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as Variáveis Sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos Filhos” e “Anos de Serviço na Instituição”, “Carga Horária Semanal”	36
3.1.8	Comparar, dentro do grupo de Cuidadores Formais e Informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir de Dados Sociodemográficos	59
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS		72
4.1	Análise do nível de <i>Burnout</i> percebido pelos Cuidadores Formais	72
4.2	Análise do nível de Sobrecarga percebido	73
4.3	Análise da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde	73
4.4	Análise da Qualidade de Vida	74
4.5	Identificação das Estratégias de <i>Coping</i> utilizadas em situações de <i>stress</i>	74
4.6	Análise dos Sintomas Psicopatológicos	75
4.7	Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de <i>Coping</i> , <i>Burnout</i> , Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos Filhos?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal”	75
4.8	Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais e informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir de dados sociodemográficos para as diferentes variáveis.....	77
CAPÍTULO V - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS		80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		83

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 <i>Características Sociodemográficas dos Cuidadores Formais</i>	18
Tabela 2 <i>Características Sociodemográficas dos Cuidadores Informais</i>	20
Tabela 3 <i>Análise descritiva das Escalas do IBC</i>	29
Tabela 4 <i>Análise descritiva dos fatores do ESC</i>	29
Tabela 5 <i>Análise descritiva SF-36</i>	31
Tabela 6 <i>Análise Descritiva dos Domínios do WHOQOL-Bref</i>	32
Tabela 7 <i>Análise Descritiva das Estratégias do QMLA</i>	34
Tabela 8 <i>Análise descritiva dos domínios do BSI</i>	35
Tabela 9 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36</i>	36
Tabela 10 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC</i>	37
Tabela 11 <i>Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o SF-36</i>	38
Tabela 12 <i>Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC</i>	39
Tabela 13 <i>Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o BSI</i>	40
Tabela 14 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o BSI</i>	42
Tabela 15 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre WHOQOL-Bref e ESC</i>	44
Tabela 16 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre QMLA e IBC</i>	45
Tabela 17 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o QMLA e o BSI dos Cuidadores Informais</i>	47
Tabela 18 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre ESC e SF-36</i>	48
Tabela 19 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o ESC e o BSI</i>	50
Tabela 20 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o SF-36 e BSI</i>	52
Tabela 21 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a “Escolaridade” e os Domínios do WHOQOL-Bref nos CI</i>	53
Tabela 22 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre as variáveis sociodemográficas “Idade” e “Escolaridade” e o SF-36</i>	54
Tabela 23 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Idade”, “Escolaridade” e “Carga Horária Semanal” e o QMLA</i>	55
Tabela 24 <i>Análise Correlacional Não Paramétrica entre a variável “Quantos filhos tem?” e a ESC nos CF</i>	57

Tabela 25 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável “Idade”, “Escolaridade” e a ESC nos CI</i>	57
Tabela 26 <i>Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável “Idade”, “Escolaridade” e o BSI nos CI</i>	58
Tabela 27 <i>Resultados Estatisticamente Significativos obtidos por Comparação entre os grupos “Masculino” e “Feminino” para o Burnout</i>	60
Tabela 28 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Sobrecarga nos cuidadores formais</i>	61
Tabela 29 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Sobrecarga nos cuidadores informais</i>	62
Tabela 30 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde nos cuidadores formais</i>	63
Tabela 31 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida nos cuidadores formais</i>	64
Tabela 32 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida nos cuidadores informais</i>	65
Tabela 33 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para os sintomas psicopatológicos nos cuidadores formais</i>	67
Tabela 34 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para os sintomas psicopatológicos nos cuidadores informais</i>	68
Tabela 35 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para as estratégias de coping nos cuidadores formais</i>	69
Tabela 36 <i>Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para as estratégias de coping nos cuidadores informais</i>	70

INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é uma realidade do presente e uma preocupação do futuro. Com o progressivo aumento da esperança média de vida aliado à diminuição da taxa de natalidade, a população de pessoas mais velhas tem vindo a aumentar. Este envelhecimento leva a desafios acrescidos ao nível da dependência e dos cuidados que esta população necessita. A mudança do paradigma da epidemiologia da doença de aguda para tendencialmente crónica leva a um número crescente de pessoas com limitações funcionais e de mobilidade que precisam de cuidados. Aliado a esta tendência surge a necessidade de ter alguém que cuide destas pessoas dependentes, cuidadores que prestem auxílio nos vários aspetos da vida diária.

Na ordem do dia verifica-se uma preocupação com a qualidade de vida da pessoa dependente, facto indissociável do seu cuidador que percorre este caminho lado a lado com a pessoa dependente, influenciando-se mutuamente. A importância desta díade dependente-cuidador tem sido motivo de estudo, particularmente pelos efeitos mais ou menos positivos que o cuidar provoca no cuidador.

O cuidar é uma relação dinâmica entre o cuidador e a pessoa de quem cuida. Como tal, é importante reconhecer o processo de cuidar como uma atividade complexa e multidimensional. Existem diferentes tipos de cuidadores, podendo os mesmos serem mais profissionalizados prestando cuidados ao nível de instituições e associações de apoio, ou prestar cuidados de forma informal, normalmente a nível do seio familiar.

Diariamente, são colocados aos cuidadores situações potencialmente geradoras de *stress* que influenciam o bem-estar do cuidador. Porém, estas dificuldades variam de acordo com o alvo de cuidados e do tipo de cuidador: formal ou informal.

É nesta separação entre cuidador formal e informal que irá assentar o seguinte estudo, com enfoque na exploração de variáveis como a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, as Estratégias de Coping utilizadas perante situações de *stress*, o nível de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados, assim como os Sintomas Psicopatológicos experienciados.

Todas estas variáveis revelam-se essenciais para uma compreensão do que é ser cuidador formal e informal, tentando realizar uma caracterização dos mesmos considerando os fatores e situações que os aproximam ou separam.

O presente estudo encontra-se organizado em cinco capítulos: o primeiro capítulo pretende estabelecer o atual estado da arte sobre o tema do envelhecimento e do cuidar. Será

realizado um enquadramento teórico com o intuito de apresentar os conceitos e variáveis a considerar. No final do mesmo capítulo são apresentados os objetivos da investigação. O segundo capítulo apresenta a metodologia utilizada para responder ao objetivos propostos, apresentando uma descrição da amostra selecionada e dos instrumentos de recolha de dados. O terceiro capítulo apresenta os resultados obtidos através da análise estatística utilizada. O quarto capítulo apresenta a discussão dos resultados realizada de acordo com os objetivos. O último capítulo, o quinto, apresenta as conclusões associadas a esta investigação, bem como as suas limitações, contributo e sugestões para futuras investigações.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo destina-se a aprofundar as temáticas do envelhecimento e de que forma contribuem para um novo paradigma de cuidados. Desta forma, serão abordados os cuidadores formais e informais e a sua experiência no ato de cuidar. Posteriormente, são abordados vários conceitos chave que influenciam o bem-estar dos cuidadores como sejam os conceitos de qualidade de vida geral e relacionada com a saúde, *stress*, *burnout*, sobrecarga, estratégias de *coping* utilizadas e sintomas psicopatológicos experienciados. O término deste capítulo culmina com a descrição dos objetivos do presente estudo.

1.1 Envelhecimento e um Novo Paradigma do Cuidar

O envelhecimento demográfico é na atualidade uma questão central da vida pública, gerando debates sobre as adaptações necessárias para ir de encontro a esta nova realidade. De acordo com dados do INE (Estevens, 2017) os índices de envelhecimento e de dependência de idosos quadruplicou nas últimas quatro décadas, levando a uma maior pressão para a organização de prestação de cuidados de saúde de longa duração que permitam lidar com esta nova exigência social.

Esta mudança no paradigma dos cuidados encontra-se associada a uma série de alterações sociais que moldam a forma de cuidar. São estas a entrada das mulheres para o mercado de trabalho, as migrações, alterações ao nível das dinâmicas familiares (com o aumento de famílias nucleares face às famílias extensas) e a disponibilidade física e psicológica para cuidar de uma pessoa dependente (Almeida, 2008). Mudanças que se verificam não só ao nível das instituições que prestam cuidados mas também ao nível de familiares e pessoas próximas.

Ricarte (2009) enaltece o cuidar como um conceito complexo e multidisciplinar que engloba várias vertentes, tais como: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica. O facto de o cuidar se pautar por diferentes dimensões, leva a alguns desafios e dificuldades. Sequeira (2018a) descreve as principais dificuldades encontradas pelo cuidador, referindo que as mesmas são: ao nível relacional, do isolamento social, das reações ao cuidar e no apoio familiar. Igualmente refere que apesar de o cuidar ser cada vez mais uma experiência normativa, a mesma pode-se revelar física e emocionalmente stressante.

1.2 Ser Cuidador

Saraiva (2011) considera o cuidar como uma ação humana mobilizadora, traduzido no respeito pelo sofrimento, princípios, valores e dignidade do dependente, enquanto pessoa singular. A mesma autora considera que cuidar implica entrega, dedicação, empenho e criatividade intrincados numa complexa interação e construção conjunta de significados e sentimentos de todos os envolvidos.

Neste sentido, Bruhn & Rebach (2014a) definem cuidador como uma pessoa que providencia assistência e suporte remunerado ou não remunerado a outra pessoa que por razões de doença, incapacidade e/ou idade não consegue desempenhar as suas atividades diárias de forma independente.

Existem diferentes categorizações no que se refere ao ato de cuidar. Saraiva (2011) salienta a distinção de cuidados em instrumentais e expressivos. Considera que os primeiros podem ser de natureza física (higiene, alimentação, vestuário, mobilização), técnica (terapêuticos, curativos ou preventivos) e outros de carácter mais prático (vigilância, acompanhamento a consultas, gestão financeira, da medicação e do lar). No que se refere aos cuidados expressivos, a autora considera que os mesmos são de carácter mais afetivo e relacional (companheirismo, conforto, satisfação das necessidades, convívio e estimulação social e individuação dos cuidados).

Já Sequeira (2018b) no âmbito da prestação de cuidados à pessoa dependente distingue dois tipos de cuidados que variam de acordo com o cuidador em questão. Estes dois tipos de cuidados são: cuidado formal e informal. No cuidado formal a prestação de cuidados é por norma executada por profissionais qualificados, sendo classificado como uma atividade profissional. Estes profissionais podem ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, entre outros, que são classificados como cuidadores formais devido à preparação específica para a atividade profissional que desempenham, sendo esta atividade abrangente de acordo com o contexto onde se encontram (lares, instituições comunitárias, hospitais, entre outras). No cuidado informal a prestação de cuidados é executada ao nível do domicílio e por norma sob a responsabilidade de elementos da família, amigos, entre outros, designando-se assim de cuidadores informais. Estes últimos desempenham uma atividade que não é remunerada e para a qual não têm preparação ou formação específica, podendo prestar os cuidados de forma parcial ou total.

Neri & Carvalho (2002, citado por Sequeira, 2018b) apresentam um outro tipo de classificação, dependendo do contexto do cuidar. Assim, diferenciam o cuidador informal em

cuidador principal/primário, cuidador secundário e cuidador terciário, sugerindo uma rede de cuidadores e não se focando apenas num único cuidador. Estes autores classificam o cuidador primário como aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados. Como cuidador secundário consideram que é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem responsabilidade de cuidar, dando habitualmente apoio ao cuidador principal em situações de ausência ou emergência. O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda esporadicamente, mas não tem responsabilidade pelo cuidar.

Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch (1995), considerando o seu contato privilegiado ao longo do tempo com diferentes cuidadores, trazem uma perspectiva mais dinâmica do que é ser cuidador e como a construção do cuidar não é um processo estanque, mas que evolui na medida que os cuidados também evoluem. Consideram que o processo de cuidar engloba múltiplas etapas. Salientam a importância de três em todo o processo: preparação e aquisição do papel de cuidador, cumprimento das tarefas e responsabilidades relacionadas com o cuidar, e separação do ato de cuidar que frequentemente inclui luto, recuperação e reintegração social. Como tal, consideram que o cuidar não deve ser visto como um conjunto fixo de experiências mas como uma série de configurações dinâmicas e que cada etapa apresenta diferentes fontes de *stress*.

O alvo de cuidados poderá ser variado, podendo ter contextos tão diversos como idosos dependentes sem demência, idosos dependentes com demência, indivíduos com doença mental, crianças, doentes com doença terminal, entre outros. O alvo de cuidados irá apresentar diferentes desafios potencialmente preditores de efeitos negativos e exigências diferentes para quem cuida.

Considerando esta distinção do alvo de cuidados, Ory et al. (1999) levaram a cabo um estudo para observar os efeitos entre cuidadores de dependentes com demência e cuidadores de dependentes sem demência. Os resultados demonstraram que os cuidadores de dependentes com demência estão mais horas envolvidos nas tarefas diárias e que são mais negativamente afetados pelas responsabilidades de cuidador nas seguintes áreas: dificuldades de emprego, tensão na relação com o dependente, problemas mentais e físicos, e conflitos familiares. Sequeira (2018c) também se foca na distinção entre a complexidade inerente a cuidar de idosos dependentes (com ou sem demência). O mesmo constata que o cuidar está associado a repercussões positivas e negativas. E propôs-se a investigar se haveria diferença nas repercussões de cuidar de um idoso com dependência física ou dependência mental. Concluiu que cuidar de idosos com dependência mental está associado a maiores dificuldades, à adoção

de um menor número de estratégias de *coping* e à obtenção de uma menor satisfação com o cuidar, o que se concretiza num maior número de repercussões negativas concretizados em valores elevados de sobrecarga quando comparados com o cuidar de idosos com dependência física.

Não só o alvo de cuidados que influencia a experiência de cuidar, mas também a fase de cuidados em que o cuidador se encontra. Schulz et al (2003) realizou um estudo com cuidadores de dependentes com demência numa fase de fim de vida. Os resultados demonstram que esta fase do cuidado é extremamente exigente para o cuidador. Os mesmos referem longas horas dedicadas ao cuidado, associado a elevados níveis de depressão.

Já foi referido anteriormente pontos de divergência entre os cuidadores formais e informais. Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit & Whitlatch (1995) tornam evidente que enquanto o cuidador formal costuma ter um horário definido, o cuidador informal não consegue assegurar um horário estruturado, apresentando uma duração variada e poucas vezes previsível. Areosa, Henz, Lawisch & Areosa (2014) também referem que o cuidador informal acaba por dedicar mais tempo ao cuidado pelo facto de residir no mesmo local, levando a uma sobrecarga de atividades e a uma maior exaustão.

Outro motivo de distinção entre cuidadores prende-se com o estatuto familiar do cuidador informal, reconhecido na maioria dos casos apenas por aqueles mais próximos. Muitas vezes, o cuidar não é uma escolha, mas uma imposição. Consequentemente é privado de direitos, privilégios e prerrogativas associadas ao estatuto formal. Além disso, um cuidador formal existe como uma posição que é ocupada independentemente da pessoa que a ocupa, ao contrário do informal em que a linha que separa a pessoa do cuidador torna-se por vezes difícil de definir.

Revela-se crucial realizar a distinção entre cuidador formal e informal, analisando e considerando as principais dificuldades e exigências que se colocam a cada tipo de cuidador. De seguida procede-se a essa análise mais cuidada.

1.3 Cuidador Formal

Os cuidadores formais surgem numa posição formal e remunerada na prestação de cuidados a pessoas dependentes e na sequência da incapacidade da família para prestar os cuidados necessários. Estes cuidados formais têm lugar habitualmente nos lares e instituições de apoio à terceira idade e são prestados normalmente por profissionais com formação e conhecimentos específicos para intervir e auxiliar a pessoa dependente nas atividades diárias (Simões, 2012).

Colomé et al. (2011) realiza uma caracterização dos cuidadores formais e das suas conceções sobre o cuidar. Os mesmos apontam o predomínio de cuidadores do género feminino nas instituições de cuidados, evidenciando que as mulheres exercem mais frequentemente a atividade de cuidar em função de raízes históricas, culturais, sociais e afetivas (Pimenta, Rodrigues & Greguol (2010)). No que se refere à escolaridade, refere que normalmente os cuidadores formais apresentam baixo grau de instrução escolar. Esta inadequação das funções e falta de formação poderá influenciar os níveis de cuidados prestados pelo mesmo. Deste modo é importante que conheçam as necessidades da pessoa de quem cuidam, a sua doença e os contextos familiares e sociais (Kaskie, Gregory, & Van Gilder, 2009). Também Simões (2012) verificou no seu estudo que níveis mais elevados de escolaridade encontram-se associados a maiores níveis de índice de capacidade para o trabalho, sugerindo ações de formação dirigidas a este grupo com o intuito de dotar os cuidadores formais com menores habilitações de mais conhecimentos técnicos.

Colomé et al (2011) também realizam um levantamento das principais dificuldades apontadas pelos profissionais que cuidam. Os mesmos apontam como principais dificuldades: sobrecarga de trabalho, exigência física e necessidade de conhecimento para cuidar dos idosos. Também no estudo de Barbosa, Cruz, Figueiredo, Marques & Sousa (2011) as principais dificuldades apontadas pelos cuidadores de pessoas com demência prendem-se com a interação com o utente, desconhecimento da doença, a falta de tempo e de recursos humanos, o impacto emocional e físico, a dificuldade de organização e planeamento de atividades e a interação com a família dos utentes.

Apesar do enfoque nas principais dificuldades sentidas, os cuidadores formais também referem aspetos positivos na prestação de cuidados, sendo alguns destes: a manutenção da dignidade de quem cuidam, o sentimento de que está a contribuir para o bem-estar da pessoa cuidada, e perceção do cuidar como fonte de aprendizagem e enriquecimento pessoal que possibilita o desenvolvimento de novos conhecimentos e competências.

1.4 Cuidador Informal

O cuidador informal apresenta uma importância acrescida nos cuidados prestados a pessoas dependentes. Na atualidade, o papel que estes cuidadores desempenham na organização dos cuidados de saúde e os efeitos que este cuidar tem sobre o cuidador informal têm levantado preocupações públicas, com o pedido de várias associações no sentido da criação de um estatuto do cuidador informal, estatuto este que se encontra em discussão na Assembleia da República com uma série de projetos de lei que pretendem reforçar o apoio aos cuidadores informais e às pessoas em situação de dependência.

Considerando os determinantes da adoção do papel de cuidador, este papel tradicionalmente e ao longo dos tempos encontra-se vinculado à família (Lage, 2005). É no contexto familiar que usualmente se processa a assimilação do papel de cuidador, muito associado ao género feminino (Sequeira, 2018b; Martín, 2005). São várias as hipóteses culturais e sociais que tentam explicar esta tendência do sexo feminino se responsabilizar pelos cuidados.

Martín (2005) refere a existência de cinco fatores que são determinantes na escolha do cuidador informal: a relação familiar, a co-residência, o género do cuidador e da pessoa a cuidar, a solicitação da pessoa dependente e as condicionantes relativas aos descendentes.

A família constitui o grupo primário de apoio, tendo o papel mais relevante no cuidado a longo prazo. Como tal, o cuidador informal é, habitualmente, um membro da família ou alguém próximo do doente. Martín (2005) refere-se ao modelo hierárquico compensatório no qual defende existir uma ordem de preferência na aquisição do papel do cuidador que passa normalmente por esta ordem: cônjuge, filhos, outros familiares e, finalmente, amigos. A co-residência constitui outro fator de extrema importância no papel do cuidador informal devido à proximidade física e afetiva que existe entre cuidador e pessoa dependente (Sequeira, 2018b).

No que se refere às condicionantes relativas aos descendentes, Wolf, Freedman & Soldo (1997, citado por Martín, 2005)) sugerem um modelo que engloba os seguintes postulados: as decisões individuais de cada um dos filhos relativamente aos cuidados dos pais dependentes não são consideradas de forma isolada, mas sim no contexto da família mais alargada, a disponibilidade que cada um dos filhos pode despende encontra-se relacionado com fatores associados ao valor estimado de tempo gasto no trabalho e/ou em atividades de casa e cada filho tem uma determinada curva de prestação de cuidados, curva essa cujo valor está determinado de acordo com as taxas de esforço dos restantes irmãos.

É reconhecido que o cuidar traz uma série de exigências que poderão influenciar o bem-estar do cuidador e a sua capacidade de cuidar. O trabalho do cuidador é entendido como

stressante, tanto física como psicologicamente, tornando-os vulneráveis a doenças relacionadas com o *stress* ocupacional (Testad, Mikkelsen, Ballard, & Aarsland, 2010). Cuidar de alguém representa um desafio que exige que o cuidador altere as suas rotinas diárias e assuma novos papéis e responsabilidades, levando a um desgaste físico, mental, encargos financeiros, entre outros (Sequeira, 2018b). O processo de cuidar é considerado por alguns autores como um trabalho, trabalho esse com aspetos positivos e negativos. O grau a partir do qual a própria saúde do cuidador está em risco depende das suas estratégias de *coping* (Bruhn & Rebach, 2014). Lazarus & Folkman (1984) definem *coping* como o constante esforço cognitivo e comportamental para gerir as exigências externas e/ou internas que são avaliadas pela pessoa como excedendo os seus recursos. O *coping* pode ser focado na resolução do problema, na emoção ou lidando com as exigências sociais e ambientais. É considerado um processo influenciado por fatores pessoais e situacionais.

Esta visão transacional do *coping* pode ser aplicada à relação dinâmica entre cuidador e alvo de cuidados. Ambos precisam de lidar com a mudança e de recorrer aos seus recursos e experiências na adaptação a esta mudança. O que pode ser considerado como stressante e qual o grau de *stress* depende da avaliação do cuidador /alvo de cuidados da situação e do efeito que cada um exerce sobre o outro.

Lopes (2007) identifica no seu estudo as principais necessidades e dificuldades do cuidador informal numa situação de dependência. Estas são: as necessidades instrumentais, necessidades de orientação, os sentimentos vividos perante a situação de dependência e a preocupação com os recursos financeiros.

Blackburn & Dulmus (2007) também referem as principais consequências negativas do processo de cuidar considerando que as mesmas são: restrição no tempo e nas atividades do cuidador, alteração da relação com quem cuidam, declínio da saúde física e consequências ao nível da saúde mental e psicológica.

Porém, os mesmos autores também observam aspetos positivos no processo de cuidar nos quais incluem um sentido de domínio do cuidar e uma melhoria na qualidade da diáde relacional entre o cuidador e a pessoa de quem cuidam. Rocha e Pacheco (2013) também fazem referência a que a atividade de cuidar de um ente querido também pode vir acompanhada de recompensas de satisfação e que as crenças, sentimentos e valores são fundamentais para a qualidade de vida do cuidador.

Coloca-se a questão do porquê de alguns cuidadores percecionarem o cuidar como uma experiência negativa e de outros cuidadores na mesma situação conseguirem lidar com as dificuldades do cuidar, reportando o impacto reduzido do mesmo na sua saúde e bem-estar.

Blackburn & Dulmus (2007) referem vários fatores que podem explicar estas diferenças. Os mesmos são: características de saúde do cuidador e de quem recebe o cuidado, o nível e o tipo de cuidado providenciado, a relação de género entre o cuidador e quem cuida, cultura, a duração do cuidar, e a disponibilidade e uso de formas de suporte formal e informal.

1.5 A vivência do ato de cuidar

Como já referido anteriormente, o cuidar traz consigo um conjunto de complexidades e desafios. O envolvimento emocional, o tempo despendido, as situações de incapacidade e dependência, aliadas ao impacto emocional e físico decorrente das variadas tarefas de cuidar poderão levar ao surgimento de *stress*. O *stress* ocorre quando existe um desequilíbrio perceptível entre as exigências impostas ao cuidador e os recursos e capacidades para resolver problemas (Lage, 2005). De entre os vários modelos passíveis de explorar as consequências do cuidar, considerar o modelo geral de *stress* (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990) no qual se identifica os stressores como as condições problemáticas e as circunstâncias complicadas experienciadas pelos cuidadores, considerando em particular as exigências e obstáculos que excedem e levam ao limite a capacidade individual de adaptação. Os resultados traduzem-se nas consequências dos stressores que têm efeitos na saúde física e bem-estar emocional do prestador de cuidados.

No âmbito deste modelo também é dada uma importância acrescida às origens e ao contexto, as quais incluem as características sociodemográficas, experiência prévia no cuidar, composição e rede familiar e presença de programas comunitários de auxílio ao cuidador. O mesmo modelo considera que existem essencialmente dois tipos de stressores: primários e secundários. Os primeiros encontram-se relacionados com as exigências objetivas, ou seja, com os cuidados mais diretos. Os stressores secundários não envolvem diretamente os cuidados, mas surgem como problemas noutra tipo de papéis sociais, relações de trabalho, conflitos familiares e problemas económicos.

Os mediadores são principalmente recursos (*coping* ou suporte social, por exemplo) que ajudam a modificar ou a regular a relação causal entre stressores e resultados. Savage & Bailey (2004) também apontam para a importância dos mediadores no impacto que o cuidar tem na saúde mental dos cuidadores e salientam a importância de considerar estes mediadores quando se presta suporte aos cuidadores. Tais mediadores são: a situação financeira dos cuidadores, o

suporte social que o cuidador apresenta, as estratégias de *coping* usadas e a autoestima apresentada pelo cuidador.

1.6 *Burnout*

Quando o *stress* ocupacional é prolongado poderá levar ao *burnout*, podendo repercutir-se a um nível físico, psicológico ou comportamental (Fonte, 2011; Hespanhol, 2005). O *burnout* é conceptualizado como uma síndrome psicológica caracterizada por três diferentes dimensões: exaustão emocional, despersonalização dos outros e ausência de realização pessoal (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

A exaustão emocional representa a dimensão individual de *stress* e traduz-se em sentimentos de irritabilidade, ansiedade, frustração, mau humor, fadiga constante, problemas de sono, aumento da suscetibilidade às doenças físicas, levando a uma diminuição da qualidade de vida (Craiovan, 2015). O trabalhador sente-se emocional e fisicamente sobrecarregado. Das três dimensões do *burnout*, a exaustão emocional é a mais referida e analisada. A despersonalização representa a dimensão interpessoal e acontece quando o trabalhador se sente alienado dos outros, mostrando-se indiferente em relação àquele de quem cuida. No que se refere à ausência de realização pessoal, a mesma acontece quando existe um declínio nos sentimentos de competência e sucesso, com perda de confiança em si e naqueles que o rodeiam (Maslach, 1993; Yıldızhan, Ören, Erdoğan & Bal, 2018).

Bruhn & Rebach (2014b) descrevem os sintomas mais comuns de *burnout*, que passam por ficar facilmente irritado e frustrado, sentimentos de fúria ou ressentimento, tristeza e sentimentos de solidão, decréscimo da autoestima, depressão e sentimentos de exaustão emocional.

Cuidar de alguém pode ser solitário, frustrante, stressante e exigente a nível emocional, físico e financeiro. Correia (2012) refere que as profissões que implicam a prestação de cuidados a pessoas em situação de fragilidade física e emocional tendem a exigir um investimento emocional mais elevado, fator que poderá levar a sentimentos de *burnout*.

Bruhn & Rebach (2014c) consideram que o *burnout* do cuidador é resultado da dificuldade em pedir ajuda, das altas expectativas em relação a si e aos outros, dificuldade em dizer que não, o constante sacrifício do mesmo em benefício de outros e uma dedicação irrealista na necessidade de tornar tudo perfeito para a pessoa de quem cuidam.

Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) enumeram fatores individuais, considerando que estes mesmos fatores apresentam um papel importante no *burnout*. Salientam as características demográficas como preditores do *burnout*, em particular a idade, mais frequente nos mais jovens; o estado civil, com os solteiros a parecem mais propensos a experienciar *burnout* do que os casados e divorciados; e o nível de educação, com valores mais elevados de *burnout* nos indivíduos com um maior nível de estudos. Também consideram as características de personalidade numa tentativa de prever o risco de *burnout*, considerando que baixos níveis de autoestima, um locus de controlo externo e um estilo de *coping* evitante constituem preditores do *burnout*.

1.7 Sobrecarga

A sobrecarga é também uma dificuldade referida pela maior parte dos cuidadores. Figueiredo & Sousa (2008) descrevem o termo sobrecarga utilizando-o para caracterizar os efeitos negativos da tarefa de cuidar no cuidador. Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) encaram a sobrecarga como as consequências físicas, psicológicas, sociais e financeiras resultantes do ato de cuidar de uma pessoa dependente. O termo sobrecarga inclui vergonha, sentimento de aprisionamento, ressentimento e isolamento da sociedade (Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980).

No âmbito da sobrecarga, Vitaliano, Russo, Young, Teri & Maiuro (1991) apresentam um modelo dinâmico considerando a mesma como um fenómeno multidimensional. Distinguem a sobrecarga em duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A objetiva refere-se à exigência dos cuidados prestados mediante a gravidade e tipo de dependência e às consequências nas múltiplas dimensões da vida do cuidador, referindo-se à interrupção de aspetos da vida familiar que são potencialmente observáveis e quantificáveis.

A sobrecarga subjetiva resulta das atitudes, sentimentos e reações emocionais do cuidador às exigências do cuidar. Figueiredo & Sousa (2008) ressaltam que a investigação tem demonstrado o papel que a dimensão subjetiva da sobrecarga tem como preditor do bem-estar do cuidador, contrariamente à objetiva. É um fenómeno que atribuem à constatação de que nem todas as pessoas expostas à mesma sobrecarga objetiva sentem subjetivamente esta sobrecarga da mesma forma.

São vários os fatores associados com a sobrecarga do cuidador. Estes mesmos fatores incluem o estatuto sociodemográfico do cuidador e de quem é cuidado, a natureza da doença

do alvo de cuidados e o *stress* percebido resultante do cuidar. Referem preditores específicos da sobrecarga, fatores estes que incluem o empobrecimento das atividades diárias, maior número de horas que dedicam ao cuidado, o uso de estratégias de *coping* adequadas, o estatuto do co-residente, o estatuto marital e o género do cuidador, com o género feminino a apresentar maior sobrecarga, (Kim, Chang, Rose & Kim, 2012; Guedes & Pereira, 2013).

1.8 Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

Existem várias definições para a qualidade de vida e embora não exista um significado consensual verifica-se uma concordância acerca do constructo na medida que o mesmo é multidimensional abrangendo várias dimensões tais como a social, mental, física, cultural, económica, entre outras (WHOQOL Group, 1995 citado por Serra et al, 2006). A qualidade de vida é considerada dinâmica e subjetiva, ressaltando a importância e percepção do significado individual atribuído às experiências inter e intraindividuais (Inouye et al., 2010, citado por Ferreira, Alexandre & Lemos, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objetivo de tornar a definição do conceito mais consensual, definiu qualidade de vida como: *“percepções do indivíduo relativamente ao seu contexto cultural e sistema de valores em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1993). A saúde é influenciada pela percepção que o indivíduo tem da sua qualidade de vida, pelo que se revela importante considerar este domínio na relação estabelecida entre cuidador-dependente. A maioria das conceptualizações no que se refere à qualidade de vida têm por base a definição de saúde da OMS (1948), a qual considera saúde como *“um estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não meramente ausência de doença”*. Numa perspetiva de complementar esta definição, surge o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde, que Zacharopoulou, Zacharopoulou & Lazakidou (2015) definem como a funcionalidade associada às dimensões física, emocional e social da vida agregado ao bem-estar estimado por cada pessoa. Como tal, a qualidade de vida relacionada com a saúde é subjetiva e mutável com múltiplas dimensões e características.

São várias as situações passíveis de influenciar negativamente a qualidade de vida. Zacharopoulou, Zacharopoulou & Lazakidou (2015) abordam as que mais frequentemente contribuem para uma qualidade de vida mais pobre no contexto do cuidar de uma pessoa dependente. Ressaltam a associação entre uma qualidade de vida diminuída e um aumento do

uso dos serviços de saúde e da institucionalização mais frequente de quem cuidam. Referem também que os sintomas de depressão por parte dos cuidadores são um forte preditor da exaustão emocional que leva a uma diminuição da qualidade de vida. O alvo de cuidados também tem uma forte influência, com dependentes com demência a colocarem mais pressão sobre os cuidadores, que por sua vez demonstram mais efeitos negativos como a sobrecarga, depressão e percepção mais pobre da qualidade de vida.

Também o envolvimento reiterado que este tipo de cuidar exige leva a uma redução do tempo disponível para os cuidadores cuidarem de si, o que leva a uma interrupção da vida pessoal e social e consequentemente a uma degradação da qualidade de vida. Neste aspeto surge a ajuda e suporte de uma rede familiar próxima como suporte e melhoria da qualidade de vida e na diminuição da sobrecarga sentida. Outros fatores importantes para uma melhor percepção de qualidade de vida por parte dos cuidadores inclui suporte, informação, e educação para desenvolver *skills* na resolução de problemas e na manutenção da ansiedade.

Existem dois instrumentos que se propõem a medir a Qualidade de Vida, O WHOQOL e o SF-36. Huang, Wu & Frangakis, (2006), num estudo comparativo entre estes dois instrumentos numa população de Taiwan, chegaram à conclusão que ambos os instrumentos parecem medir conceitos distintos, razão que atribuíram à génese da criação dos dois instrumentos, considerando que o WHOQOL-Bref foi criado para avaliar uma qualidade de vida mais global, ao invés do SF-36 que foi desenvolvido para medir aspetos da saúde e atividades normalmente afetado por questões médicas de saúde.

1.9 Sintomas Psicopatológicos nos Cuidadores

Como já foi referido ao longo deste enquadramento teórico, cuidar de alguém não é uma tarefa fácil. Pela complexidade inerente ao cuidar de uma pessoa dependente poderão surgir diversos sentimentos e emoções no cuidador, que passam por medo, angústia, confusão, cansaço, nervosismo, irritação, choro, raiva, culpa e tristeza. O cuidador pode ter momentos de tristeza por vivenciar as perdas juntamente daquele de quem cuida, raiva pelas recusas da pessoa cuidada, ansiedade na esperança de uma melhoria ou progresso, e muito frequentemente culpa por sentimentos e atitudes negativas (Berwanger, 2012).

Schulz & Sherwood (2008) comparam a experiência de cuidar com a experiência inerente ao *stress* crónico na medida que o cuidar cria tensões físicas e psicológicas durante extensos períodos de tempo, acompanhado de grandes níveis de imprevisibilidade e vigilância constante. Tem também a capacidade de criar *stress* em variados domínios da vida diária tais como relações familiares e laborais.

Tuithof et al. (2015) indicam alguns indicadores de risco de manifestações emocionais entre os cuidadores informais. Realizam uma associação forte com a presença de recursos limitados que passam pela falta de suporte social e desemprego. Também apontam características sociodemográficas como ser mulher e numa faixa etária mais nova. Outra associação realizada prende-se com a duração do cuidados, que quanto mais longa mais contribui para uma sintomatologia psicológica e emocional.

Existem vários fatores associados com o impacto de cuidar na saúde mental dos cuidadores. São estes fatores: a relação entre o cuidador e o alvo de cuidados, com especial enfoque nas esposas que demonstram mais sintomas psicopatológicos e o grau de incapacidade do alvo de cuidados, com os indivíduos com dependência mental a exigir um grau de incerteza maior com menor controlo percecionado por parte do cuidador. Outro fator referido relaciona-se com a fase do processo de cuidado, com diferentes efeitos esperados associados às diferentes fases do processo de cuidar (Savage & Bailey, 2004).

Kapari, Addington-Hall & Hotopf (2010) salientam que a depressão e uma saúde física comprometida dos cuidadores poderá reduzir a capacidade de funcionar e colocar em risco a sua competência para providenciar os cuidados necessários.

1.10 Objetivos de Investigação

Esta dissertação pretende caracterizar os cuidadores formais e informais e averiguar a proximidade das suas perspetivas, por forma a identificar traços característicos e variáveis influenciadoras da experiência do ato de cuidar.

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar uma amostra de cuidadores formais e informais, relativamente a conceitos como a Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percecionados, estratégias de *Coping* mais utilizadas para lidar com as situações de *stress*, nível de *Burnout* e de Sobrecarga percecionados, e Sintomas Psicopatológicos experienciados.

Por forma a obter uma análise mais coesa dos resultados, os objetivos específicos são, na sua maioria, partilhados pelos cuidadores formais e informais. A única distinção prende-se com a não aplicação dos instrumentos de medida SF-36 e IBC à amostra de cuidadores informais.

Apresentam-se de seguida, de forma mais detalhada, os objetivos específicos para os cuidadores formais e informais:

1. Avaliar os níveis de *Burnout* (IBC) percecionados pelos cuidadores formais;
2. Avaliar a Sobrecarga (ESC) percecionados pelos cuidadores formais e informais;
3. Avaliar a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) percecionada por ambos os cuidadores;
4. Avaliar a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) percecionada pelos cuidadores formais;
5. Identificar as Estratégias de *Coping* (QMLA) utilizadas pelos cuidadores formais e informais em situações de *stress*;
6. Avaliar os Sintomas Psicopatológicos (BSI) experienciados pelos cuidadores formais e informais;
7. Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quanto Filhos?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal”;
8. Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais e informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir de dados sociodemográficos para as diferentes variáveis.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

Neste capítulo é apresentada a metodologia do estudo no qual é descrito o desenho da investigação, a amostra utilizada com a caracterização sociodemográfica da mesma, os instrumentos utilizados na recolha de dados e os procedimentos estatísticos realizados.

2.1 Desenho da Investigação

A presente investigação é de cariz exploratório e descritivo. Este estudo apresenta uma abordagem quantitativa com utilização de instrumentos de autorrelato como método de recolha de dados. É também um estudo correlacional tendo como principal objetivo a caracterização de cuidadores formais e informais face a diversas variáveis clínicas e sociodemográficas.

2.2 Amostra

A população de cuidadores considerada para este estudo divide-se em duas amostras, uma de cuidadores formais e outra de cuidadores informais.

A amostra dos dados quantitativos foi obtida com recurso a dados recolhidos anteriormente em estudos com objetivos e amostras semelhantes. Os locais de recolha de dados são distintos passando por unidades de internamento, centros de dia, residências assistidas, serviço ambulatorio IPO e domicílio.

Os alvos de cuidados são idosos, idosos com perturbações neurológicas, dependentes com distúrbio mental e doentes oncológicos.

De seguida apresenta-se a caracterização da amostra de cuidadores formais e de cuidadores informais que tomaram parte deste estudo. No total, participaram neste estudo 200 cuidadores formais (Tabela 1) e 119 cuidadores informais (Tabela 2).

2.2.1 Cuidadores Formais

Tabela 1

Características Sociodemográficas dos Cuidadores Formais

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	41,48	11,1	22	66
	Frequência (%)			
Gênero	Feminino/Masculino	176 (88%) / 24 (12%)		
Estado Civil	Solteiro	68 (34%)		
	Casado/União de facto	100 (50%)		
	Divorciado/Separado	30 (15%)		
	Viúvo	2 (1%)		
Local Prestação Cuidados	Centro de Dia	66 (33%)		
	Domicílio	7 (3,5%)		
	Residência assistida	25 (12,5%)		
	Unidade de internamento	102 (51%)		
Alvo de Cuidados	Distúrbio Mental	23 (11,5%)		
	Idoso	91 (45,5%)		
	Idoso Neurológico	86 (43%)		
Escolaridade	1º- 4º Ano	12 (6%)		
	5º - 6º Ano	26 (13%)		
	7º-9º Ano	41 (20,5%)		
	10º - 12º Ano	38 (19%)		
	Ensino Superior	83 (41,5%)		
Existência filhos	Sim	139 (69,5)		
	Não	61 (30,5%)		
Quantos filhos	S/filhos	64 (32%)		
	1 Filho	48 (24%)		
	2 Filhos	61 (30,5%)		
	3 ou mais	24 (12%)		
Dependentes	Sim	11 (5,5%)		
	Não	171 (85,5%)		
Local Residência	Rural	10 (5%)		
	Urbano	171 (85,5%)		
Funções	Técnico Superior	82 (41%)		
	Assistente Operacional	116 (58%)		
Anos Serviço	0-2 Anos	49 (24,5%)		
	3-5 Anos	46 (23%)		
	6-10 Anos	45 (22,5%)		
	+ 10 Anos	52 (26%)		
Horas Semana	1-34 Horas	22 (11%)		
	35-40 Horas	149 (74,5)		
	+ 40 Horas	20 (10%)		
Turnos	Sim	87 (43,5%)		
	Não	92 (46%)		
Faltas Serviço	Nunca/raramente	136 (68%)		
	Algumas vezes	34 (17%)		
	Bastantes vezes	7 (3,5%)		
Mudaria Profissão?	Sim	50 (25%)		
	Não	123 (61,5%)		
	Talvez	2 (1%)		

A amostra (

Tabela 1) é constituída por 200 cuidadores formais, sendo que 176 (88%) são do sexo feminino e 24 (12%) do sexo masculino. As idades estão compreendidas entre os 22 e os 66 anos, sendo a sua média de 41,48. No que se refere ao estado civil, 68 (34%) são solteiros, 100 (50%) casados ou em união de facto, 30 (15%) divorciados e 2 (1%) são viúvos.

Considerando o local de prestação de cuidados, 66 (33%) têm lugar em centros de dia, 7 (3,5%) no domicílio, 25 (12,5%) em residências assistidas e 102 (51%) em unidades de internamento. Como alvo de cuidados temos o idoso com 91 (45,5%), o idoso neurológico com 86 (43%) e o indivíduo com distúrbio mental 23 (11,5%).

Relativamente às habilitações literárias, 12 (6%) dos cuidadores formais concluíram o primeiro ciclo do ensino básico, 26 (13%) o segundo ciclo do ensino básico, 41 (20,5%) concluíram o 9º ano de escolaridade, 38 (19%) concluíram o ensino secundário, e 83 (41,5%) concluíram o ensino superior.

No que se refere à existência de filhos, 139 (69,5%) referem ter filhos. 61 (30,5%) referem que não têm filhos. No que concerne ao número de filhos existentes, 64 (32%) referem que não têm filhos, 48 (24%) só um filho, 61 (30,5%) 2 filhos e 24 (12%) 3 ou mais filhos. No que se refere à existência de outros dependentes, 11 (5,5%) refere ter outros dependentes a seu cargo, e 171 (85,5%) refere não ter dependentes.

Relativamente ao local de residência, a grande maioria vive em local urbano, com 171 (85,5%). Considerando as funções do cuidador, 82 (41%) são técnicos superiores e 116 (58%) são assistentes operacionais. No que se refere aos anos de serviço, os mesmos encontram-se distribuídos de forma semelhante com 49 (24,5%) cuidadores a trabalhar há 2 anos, 46 (23%) entre 3 a 5 anos, 45 (22,5%) entre 6-10 anos e 52 (26%) com experiência de mais de 10 anos. Ao nível das horas de trabalho semanais, 22 (11%) trabalham até 34 horas, 149 (74,5%) entre 35 a 40 horas e 20 (10%) trabalham mais de 40 horas semanais. Perante a possibilidade de trabalhar por turnos, a amostra apresenta resultados semelhantes para a presença ou ausência de turnos na sua organização de trabalho. Relativamente à assiduidade os sujeitos mostraram, na sua maioria, serem assíduos. Por fim, 50 (25%) referiram mudar de profissão se pudessem, e 123 (61,5%) não mostraram essa intenção.

2.2.2 Cuidadores Informais

Tabela 2

Características Sociodemográficas dos Cuidadores Informais

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	55,37	14,3	20	88
Frequência (%)				
Género	Feminino/Masculino	71 (60%) / 48 (40%)		
Estado Civil	Solteiro	12 (10%)		
	Casado/União de facto	91 (77%)		
	Divorciado/Separado	15 (13%)		
	Viúvo	1 (0%)		
Local Prestação Cuidados	Centro de Dia	16 (13%)		
	Domicílio	40 (37%)		
	Ambulatório IPO	63 (53%)		
Alvo de Cuidados	Doente Oncológico	63 (53%)		
	Idoso/Idoso Neurológico	56 (47%)		
Escolaridade	S/ escolaridade/ 1º- 4º ano	24 (20%)		
	5º-12º Ano	61 (51%)		
	Ensino Superior	33 (28%)		
Existência filhos	Sim	27 (23%)		
	Não	29 (24%)		
Quantos filhos	S/filhos	29 (24%)		
	1 Filho	9 (8%)		
	2 Filhos	14 (12%)		
	3 Ou + filhos	4 (3,4%)		
Situação Profissional	Ativo	57 (48%)		
	Não ativo	48 (40%)		
	Doméstica	14 (12%)		
Grau Parentesco	Cônjuge	50 (42%)		
	Filho	50 (42%)		
	Outro	19 (16%)		
Anos Cuidados	6 Meses-1 Ano	7 (6%)		
	1-2 Anos	15 (13%)		
	2-5 Anos	11 (9%)		
	+ 5 Anos	23 (19%)		
Horas Semana	1-8 Horas	26 (22%)		
	9-20 Horas	4 (3%)		
	21-40 Horas	12 (10%)		
	+ 40 Horas	14 (12%)		
Coabitam	Sim	75 (63%)		
	Não	44 (37%)		
Pessoas que coabitam	2	6 (5%)		
	3	8 (7%)		
	5	1 (1%)		
Ajuda para cuidar	Sim	64 (54%)		
	Não	43 (36%)		

A amostra (Tabela 2) é constituída por 119 cuidadores informais, sendo que 71 (60%) são do género feminino e 48 (40%) do género masculino. As idades encontram-se compreendidas entre os 20 e os 88 anos, sendo a sua média de 55,37. No que se refere ao estado civil, 12 (10%) são solteiros, 91 (77%) casados ou em união de facto, 15 (13%) divorciados e 1 (0%) viúvo.

O local de prestação de cuidados distribui-se entre o centro de dia com 13%, o domicílio com 37% e o ambulatório de IPO com 53%. Os alvos de cuidados dividem-se entre os doentes oncológicos com 63 (53%) de cuidadores e os idosos com 56 (47%) de cuidadores.

Relativamente às habilitações literárias, 24 (20%) dos cuidadores informais referem não ter nenhuma escolaridade ou apenas o primeiro ciclo do ensino básico, 61 (51%) referem ter entre o 5º e o 12º ano de escolaridade, e 33 (28%) referem ter concluído o ensino superior.

Quanto à situação profissional, 57 (48%) encontram-se no ativo, 48 (40%) não se encontram no ativo e 14 (12%) são domésticos. O grau de parentesco entre o cuidador informal e a pessoa alvo de cuidados divide-se na sua maior entre o cônjuge e o filho, com percentagens semelhantes.

No que diz respeito ao período decorrido desde o início da prestação de cuidados, a maioria dos cuidadores refere a prestação de cuidados há mais de 5 anos (19%). Por outro lado, 26 (22%) refere ocupar um período entre 0 e 8 horas semanais com a atividade de prestação de cuidados.

No que se refere à coabitação, 75 (63%) dos cuidadores habita com a pessoa que cuida, coabitando em média, duas a três pessoas do mesmo agregado familiar. Por último, 64 (54%) cuidadores informais referem a existência de ajuda no processo de cuidar.

2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Foram utilizados vários instrumentos de recolha de dados que serviram de base à realização deste estudo. Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico do Cuidador Formal e Informal, Inventário *Burnout* de *Copenhagen* (IBC), Escala Sobrecarga Cuidador (ESC), Questionário de Perceção de Estado de Saúde (SF-36), Instrumento de Avaliação de Perceção de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde na sua forma breve (WHOQOL-Bref), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA).

2.3.1 Questionário Sociodemográfico Formal e Informal

O questionário inclui vários itens que fornecem informação sobre os cuidadores ao nível da idade, género, estado civil, escolaridade, situação laboral, filiação e existência de dependentes, duração dos cuidados, horas dedicadas aos cuidados, condição de saúde e apoios recebidos.

2.3.2 Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC)

O Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC) é constituído por 19 perguntas sob a forma de escala de Likert de cinco pontos. As respostas distribuem-se de Imenso/Sempre a Nunca/Quase ou Nunca/Muito pouco (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).

Este instrumento baseia-se numa conceptualização do *burnout* definido sob a forma de três categorias distintas: *Burnout* pessoal, *Burnout* relacionado com o trabalho e *Burnout* relacionado com o utente.

A dimensão do *burnout* pessoal avalia o grau de exaustão geral experienciada pela pessoa, seja física ou psicológica. A dimensão do *burnout* relacionado com o trabalho refere-se ao grau de cansaço físico e psicológico diretamente relacionado com o contexto do trabalho. A última dimensão, *burnout* relacionado com o utente analisa o grau de fadiga e exaustão, física e psicológica, decorrente especificamente do trabalho com os utentes (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005).

A avaliação do *burnout* pessoal é realizada por intermédio de seis itens da escala aos quais a resposta pode variar entre cinco possibilidades que se distribuem entre o 0 (nunca/quase

nunca) e o 100 (sempre). No que se refere às outras duas dimensões, o *Burnout* relacionado com o trabalho (sete itens da escala) e o *Burnout* relacionado com o utente (seis itens da escala) contêm respostas que variam entre o zero (muito pouco) e o 100 (muito) e respostas que variam entre o zero (nunca/quase nunca) e o 100 (sempre) com a exceção do último item da dimensão *burnout* relacionado com o trabalho que é invertido, assim, 100 (nunca/quase nunca) e o zero (sempre).

Os resultados finais são obtidos através da média das respostas dadas aos itens. Na resposta ao IBC considera-se que o indivíduo está sujeito a um elevado nível de *burnout* numa determinada dimensão quando obtém um resultado igual ou superior a 50 na escala correspondente.

Na adaptação e validação do instrumento para português (Fonte, 2011) numa amostra de 228 participantes, foram obtidos resultados que confirmaram uma boa consistência interna: Alfa de *Cronbach* 0,845 para a dimensão de *burnout* pessoal; de 0,829 para o *burnout* relacionado com o trabalho e de 0,796 para a dimensão *burnout* relacionado com o utente.

2.3.3 Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

A avaliação da sobrecarga tem-se revelado uma tarefa desafiadora devido aos diferentes valores culturais, éticos, religiosos e pessoais que poderão influenciar as perceções do significado e consequência da sobrecarga. Devido à inadequação conceptual e de definição do conceito surgiram vários instrumentos que tentaram responder a diferentes questões, tais como quais os componentes multidimensionais a medir, foco nas medidas mais objetivas ou subjetivas, definição da unidade de medida (cuidador primários, cuidador primário ou secundário e família) ou o estabelecimento da validade e confiança das medidas (Chou, Chu, Tseng & Lu, 2003).

É neste contexto que surge uma escala adaptada a partir da *Burden Interview Scale*. A versão original apresentava 29 questões, com aspetos relacionados com a saúde física e psicológica, recursos económicos, trabalho, relações sociais e relação com o alvo de cuidados. Posteriormente, este instrumento foi revisto e reduzido para 22 questões. A escala de respostas varia de 0 a 5, numa escala de cinco opções de resposta relativas à frequência, que variam entre “nunca” a “quase sempre”.

A ESC permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador, que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2010).

Na validação da escala para a população portuguesa a análise fatorial permitiu identificar quatro fatores: (1) Impacto da prestação de cuidados, (2) Relação Interpessoal, (3) Expectativas com o cuidar e (4) Perceção de autoeficácia. Os dois primeiros fatores encontram-se relacionados com a sobrecarga objetiva e os dois últimos com a sobrecarga subjetiva. O primeiro fator propõe-se a avaliar o impacto no cuidador aquando a prestação de cuidados, em termos de tempo livre, saúde, limitação social, perda de controlo, entre outros. O segundo fator reflete as implicações na relação entre o cuidador e o alvo de cuidados. O terceiro fator foca-se nas expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro e às suas capacidades de cuidar. Por último, o quarto fator relaciona-se com a avaliação da perceção de autoeficácia do cuidador, ou seja, a perceção que o mesmo tem acerca do desempenho do seu papel (Sequeira, 2010).

No que se refere à análise psicométrica, todos os fatores apresentam uma boa consistência interna (Alfa de *Cronbach* entre 0,67 e 0,93) bem como uma correlação estatisticamente significativa com a escala global com valores entre 0,20 e 0,96 ($p < 0,01$) (Sequeira, 2010).

2.3.4 Questionário de Perceção de Estado de Saúde (SF-36)

Ferreira & Santana (2003) referem a importância da medição do estado de saúde de populações, na medida que permite a definição de níveis de comparação entre grupos, detetando desigualdades em relação a condições de saúde. Neste contexto surge o *Short-Form-36* (SF-36), instrumento utilizado em estudos que envolvem a qualidade de vida, sendo multidimensional e formado por 36 itens reunidos em dois grandes componentes denominados físico e mental.

O SF-36 apresenta oito dimensões: função física, desempenho físico, dor física e saúde em geral, que compõem a componente física; e saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade que se relacionam com a componente mental. Deteta tanto os estados positivos como os negativos de saúde, não sendo específico de um nível etário, doença ou tratamento (Ferreira, 2000a).

A dimensão função física destina-se a medir o impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações da vida diária. A dimensão desempenho físico e emocional medem não só o impacto das limitações em saúde devido a problemas físicos ou emocionais, mas também o tipo e quantidade de trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou

na dificuldade em realizá-lo. A dimensão dor física mede não apenas a intensidade e o desconforto causados pela dor, como também o modo como esta interfere com o trabalho normal. A dimensão saúde geral mede a percepção holística da saúde, englobando aspetos da saúde atual e a resistência à doença. Já a dimensão vitalidade inclui os níveis de energia e de fadiga. A dimensão função social capta a quantidade e a qualidade das atividades sociais e o impacto dos problemas físicos e emocionais nessas mesmas atividades. Por último, a dimensão saúde mental inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental, emocional e de bem-estar psicológico (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012).

Os itens são respondidos numa escala de Likert de 3 ou 5 pontos. É cotado de 0 a 100, com valores maiores indicando melhor percepção do estado de saúde do indivíduo. O estudo de validação e adaptação para a população portuguesa revelou bons valores de consistência interna (alfa de *Cronbach* com 0,6 no domínio da função física e 0,88 no domínio da saúde geral) e de estabilidade temporal, os coeficientes de correlação entre os valores do teste-reteste variaram entre 0,45 no domínio da dor física e 0,79 no domínio do desempenho físico (Ferreira, 2000b).

2.3.5 Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref)

O instrumento *World Health Organization Quality Of Life-Bref* (WHOQOL-Bref) destina-se à avaliação da qualidade de vida, tendo sido desenvolvido em coerência com a definição assumida pela Organização Mundial de Saúde. Foi utilizada a versão breve deste instrumento, o WHOQOL-Bref para Português, por forma a avaliar a qualidade de vida global dos cuidadores.

Este instrumento avalia a qualidade de vida nos seus quatro diferentes domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente, incluindo ainda uma faceta sobre a qualidade de vida geral (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010).

O WHOQOL-Bref é constituído por 26 questões, sendo que duas delas são questões gerais relativas à percepção da qualidade de vida e percepção de saúde, e as restantes 24 representam cada uma das 24 facetas específicas que compõem o instrumento original. Todas as pontuações dos domínios e facetas são transformadas numa escala de 0 a 100, sendo que quanto mais alta é a pontuação, melhor é a qualidade de vida.

Este instrumento apresenta características satisfatórias de consistência interna, avaliada pelo alfa de *Cronbach* de cada um dos domínios, variando entre 0,66 para o domínio das relações pessoais e 0,84 para o domínio físico (Serra et al., 2006).

2.3.6 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis & Spencer, 1982; versão portuguesa aferida por Canavarro, 1999) avalia os sintomas psicológicos do indivíduo. Este inventário é composto por 53 itens e tem por objetivo avaliar nove dimensões básicas de sintomatologia psicopatológica (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo). A cada uma destas dimensões apresentam-se associados vários itens. A cotação da escala permite ainda calcular três índices globais: índice geral de sintomas (IGS) que representa a intensidade do mal-estar experienciado relativamente ao número de sintomas; total de sintomas positivos (TSP) que representa o número de queixas sintomáticas referidas; e o índice de sintomas positivos (ISP), que permite obter a média da intensidade de todos os sintomas indicados, constituindo este índice avaliações gerais da perturbação emocional. A avaliação da sintomatologia psicopatológica restringe-se a um período temporal, requerendo que o indivíduo descreva o “grau em que cada problema o incomodou durante a última semana”, numa escala de *likert* que compreende “nunca” (0) a “muitíssimas vezes” (4), (Canavarro, 2007).

No que se refere às características psicométricas, o BSI apresenta valores de consistência interna favoráveis, verificados através do coeficiente de alfa de *Cronbach* que se situou entre 0,70 e 0,80 (Canavarro, 2007).

2.3.7 Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA)

Inicialmente desenvolvido por Folkman & Lazarus em 1988, o *Ways of Coping Questionnaire* foi inicialmente usado como um instrumento de investigação acerca dos componentes e determinantes do modo como os indivíduos lidam com os acontecimentos.

Em 2001, Ribeiro e Santos desenvolveram a versão portuguesa denominando a mesma de Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA), utilizada para avaliar as

estratégias de *coping* que os indivíduos utilizam para lidar com situações de *stress* específicas (Pais-Ribeiro & Santos, 2001). É um instrumento de autoavaliação constituído por 50 itens que traduzem oito estratégias distintas de *coping*: *coping* confrontativo, *coping* de autocontrolo, procura de suporte social, fuga-evitamento, resolução planeada do problema, aceitação de responsabilidades, distanciamento e reavaliação positiva.

O *coping* confrontativo aponta para um certo grau de hostilidade associados a esforços agressivos como forma de lidar com a situação de *stress*. O distanciamento traduz-se nos esforços de desprendimento e desvalorização da situação. O autocontrolo descreve os esforços de regulação de sentimentos e ações do próprio. A procura de suporte social diz respeito aos diferentes tipos de suporte existentes (informativo, emocional, entre outros). A aceitação da responsabilidade avalia o reconhecimento do papel do próprio no problema aliado à tentativa de recompor a situação. Na fuga-evitamento existe uma descrição dos esforços cognitivos e comportamentais utilizados para escapar ao problema. No que se refere à resolução planeada do problema, a mesma descreve os esforços associados a uma tentativa de alterar a situação com recurso a uma abordagem analítica na solução do problema. Por fim, a reavaliação positiva avalia os esforços na criação de significações positivas. Apresenta também uma relação com a dimensão religiosa (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

Este instrumento é avaliado numa escala de quatro pontos que variam de acordo com a frequência da estratégia: 0- Nunca usei; 1- Usei de alguma forma; 2-Usei algumas vezes e 3- Usei muitas vezes. As oito estratégias podem ser agrupadas em *coping* focado nas emoções (“Distanciamento”, “Fuga-Evitamento” e “Reavaliação Positiva”) e *coping* focado nos problemas (as restantes cinco estratégias).

No que se refere ao método de pontuação existem duas formas de o fazer, recorrendo às pontuações absolutas e relativas. A pontuação absoluta descreve os esforços de *coping* nas diferentes escalas avaliadas pelo instrumento. A pontuação relativa descreve a proporção do esforço que cada tipo de *coping* representa.

A versão portuguesa do questionário encontra valores semelhantes à versão original no que se refere às qualidades psicométricas. As oito escalas apresentam valores de alfa de *Cronbach* entre 0,52 e 0,83 (Pais-Ribeiro & Santos, 2001).

CAPÍTULO III - ANÁLISE DE RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos através da análise estatística dos dados. A sequência da presente análise encontra-se organizada de acordo com os objetivos definidos para a investigação. Recorreu-se ao *software* IBM SPSS (versão 25.0) para executar as análises descritivas e estatísticas.

A análise da normalidade da distribuição foi averiguada com recurso ao teste de Shapiro-Wilk. Com o objetivo de investigar as relações existentes entre as variáveis em estudo, foram utilizados testes correlacionais paramétricos (Pearson) e testes correlacionais não paramétricos (Spearman), consoante se verificava ou não a normalidade da distribuição da variável.

Para analisar se existiam diferenças entre grupos, recorreu-se ao Teste T para amostras independentes, no caso em que a distribuição da variável dependente apresentar uma distribuição normal e ao Teste Mann-Whitney quando a distribuição da variável dependente não é normal. A homogeneidade de variâncias foi verificada através do Teste de Levene.

3.1 Caracterizar a população da amostra de cuidadores formais e informais quanto ao *Burnout*, Sobrecarga, Perceção do Estado de Saúde, Qualidade de Vida, Sintomas Psicopatológicos e Modos de Lidar com os Acontecimentos

3.1.1 Avaliar o *Burnout* (IBC)

Na Tabela 3 são apresentados os resultados relativos ao *Burnout*, recorrendo ao instrumento Inventário de *Burnout* de *Copenhagen* (IBC).

De acordo com os resultados obtidos referentes aos cuidadores formais, podemos observar que a dimensão “*burnout* pessoal” apresenta uma média de 42,74 (DP= 18,35), por sua vez a dimensão “*burnout* relacionado com o trabalho” uma média de 47,16 (DP= 73,20), e por último, a média apresentada pela dimensão “*burnout* relacionado com o utente” foi de 34,15 (DP= 22,55).

Considerando o valor de 50, ponto médio, como o ponto de corte entre a existência ou não de perceção de *burnout*, pode verificar-se que esta não é reportada na amostra de cuidadores

formais aqui representada. Sugere que, em média, os participantes não manifestam *burnout* em nenhuma das dimensões avaliadas.

Os maiores níveis de *burnout* experienciados pelos cuidadores formais desta amostra são na dimensão “*burnout* relacionado com o trabalho” com uma média de 47,16 (DP= 73,20).

Tabela 3
Análise descritiva das Escalas do IBC

Dimensões IBC	N	Média	DP	Amplitude	
	F/I	F/I	F/I	Mínimo F/I	Máximo F/I
<i>Burnout</i> Pessoal	183/-	42,74/-	18,35/-	0/-	100/-
<i>Burnout</i> Trabalho	183/-	47,16/-	73,20/-	3,57/-	999/-
<i>Burnout</i> Utente	183/-	34,15/-	22,55/-	0/-	100/-

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais, os mesmos não se encontram presentes visto que o IBC não foi aplicado a esta amostra.

3.1.2 Avaliar a Sobrecarga (ESC)

Na Tabela 4 encontram-se os valores referentes às respostas dos cuidadores formais e informais relativamente à sobrecarga, obtidos através da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC). É apresentada a análise descritiva realizada aos fatores “Impacto da Prestação de Cuidados”, “Relação Interpessoal”, “Expectativas face ao Cuidar”, “Perceção de Autoeficácia”, e “Escala Geral”.

Tabela 4
Análise descritiva dos fatores do ESC

Fatores	N	Média	DP	Amplitude	
	F/I	F/I	F/I	Mínimo F/I	Máximo F/I
Perceção de autoeficácia	123/45	5,35/4,11	2,01/1,82	2/2	10/10
Relação Interpessoal	123/45	8,60/9,37	2,87/3,43	5/5	25/15
Impacto da prestação cuidados	123/45	24,05/23,42	6,89/8,78	11/11	55/52
Expectativas com o cuidar	123/45	12,70/13,82	3,36/2,85	4/9	20/19
Escala Geral	123/45	50,70/50,73	12,40/12,51	22/30	110/80

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

A “Escala Geral” reflete o valor total da sobrecarga, na medida que quanto mais elevado o valor, maior o nível de sobrecarga percebida pelo cuidador. Mais concretamente, o valor da “Escala Geral” varia entre 22 e 110. Valores inferiores a 46 indicam ausência de percepção de sobrecarga, valores entre 46 e 56 indicam percepção de sobrecarga ligeira, e valores superiores a 56 indicam percepção de sobrecarga intensa.

Na amostra de cuidadores formais, o valor médio da escala global é 50,70, o que indica uma sobrecarga ligeira. Relativamente aos resultados dos fatores, verifica-se que o fator “Impacto da Prestação de Cuidados” apresenta uma média mais elevada ($M= 24,05; DP= 6,89$), seguido do fator “Expectativas com o cuidar” com uma média de 12,70 ($DP= 3,36$). O fator “Percepção de Autoeficácia” obteve o valor de média mais baixo ($M= 5,35; DP= 2,01$), seguido do fator de “Relação Interpessoal” ($M= 8,60; DP= 2,87$).

No que se refere à amostra de cuidadores informais, o valor médio da escala global é 50,73, o que indica uma sobrecarga ligeira. Relativamente aos resultados dos fatores, verifica-se que o fator “Impacto da Prestação de Cuidados” apresenta uma média mais elevada ($M= 23,42; DP= 8,78$), seguido do fator “Expectativas com o cuidar” com uma média de 13,82 ($DP= 2,85$). O fator “Percepção de Autoeficácia” obteve o valor de média mais baixo ($M= 4,11; DP= 1,82$), seguido do fator de “Relação Interpessoal” ($M= 9,37; DP= 3,43$).

3.1.3 Avaliar a Percepção do Estado de Saúde (SF-36)

A percepção do estado de saúde foi avaliada com recurso ao Questionário do Estado de Saúde (SF-36). Na Tabela 5 encontram-se descritos os resultados obtidos para as dimensões do SF-36: “Saúde Geral”, “Mudança de Saúde”, “Função Física”, “Desempenho Físico”, “Função Social”, “Desempenho Social”, “Dor corporal”, “Vitalidade” e “Saúde Mental”. Neste mesmo questionário quanto maior o valor obtido melhor a percepção de estado de saúde na dimensão avaliada.

Considerando os resultados dos cuidadores formais, pode-se observar que a dimensão “Função Física” ($M= 79,98; DP= 25,89$) obteve o valor mais elevado, o que indica que os cuidadores formais tendem a não experienciar limitações de desempenho na realização de atividades, quer sejam ligeiras ou mais pesadas. Observa-se, igualmente, que os cuidadores formais não experienciam em grande proporção limitações na saúde relativas ao tipo e à

quantidade de trabalho a que estão expostos (“Desempenho emocional – M= 74,72; DP= 28,79; “Desempenho Físico – M= 70,05; DP= 30,25).

Tabela 5
Análise descritiva SF-36

Dimensões	N	Média	DP	Amplitude	
	F/I	F/I	F/I	Mínimo F/I	Máximo F/I
Função Física	65/-	79,99/-	25,89/-	10/-	100/-
Desempenho Físico	65/-	70,05/-	30,25/-	0/-	100/-
Dor Corporal	65/-	57,13/-	30,47/-	0/-	100/-
Saúde Geral	65/-	61,94/-	19,78/-	15,40/-	100/-
Vitalidade	65/-	53,08/-	22,02/-	14/-	100/-
Função Social	65/-	68,94/-	29,41/-	0/-	100/-
Desempenho Emocional	65/-	74,72/-	28,79/-	0/-	100/-
Saúde Mental	65/-	69,43/-	22,16/-	0/-	100/-
Mudança Saúde	60/-	66,17/-	17,04/-	0/-	100/-

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

Verifica-se que os cuidadores formais não percebem um grande impacto das suas limitações físicas e emocionais nas atividades sociais que realizam (“Função Social” – M= 69,94; DP= 29,41). Em relação à dimensão “Saúde Mental” (M=69,43; DP= 22,16), verifica-se que os cuidadores formais não consideram que dimensões como a ansiedade, a depressão e a perda de controlo tenham impacto no seu estado de saúde. As dimensões que obtiveram os valores mais baixos foram a “Vitalidade” (M= 53,08; DP= 22,02), “Saúde Geral” (M= 61,93; DP= 19,78) e “Dor Corporal” (M= 57,13; DP= 30,46). Apesar de se apresentarem como valores mais baixos continuam a ser superiores a 50 (valor médio).

Não se verifica a presença de resultados para os cuidadores informais visto que este instrumento não foi aplicado a esta amostra de cuidadores.

3.1.4 Avaliar a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

A variável Qualidade de Vida (QdV) foi avaliada com recurso ao questionário WHOQOL-Bref, sendo os seus resultados obtidos de acordo com a satisfação com a vida nos cinco domínios “Qualidade de Vida Geral” (Domínio Geral), “Domínio Físico”, “Domínio Psicológico”, Domínio das Relações Sociais” e “Domínio Ambiental”. Na Tabela 6 apresentam-se os resultados obtidos nos domínios que constituem o WHOQOL-Bref.

Tabela 6
Análise Descritiva dos Domínios do WHOQOL-Bref

Domínios WHOQOL-Bref	N	Média	DP	Amplitude	
				Mínimo	Máximo
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Geral	75/64	66,17/67,19	17,04/14,17	0/25	100/100
Físico	75/64	72,19/67,14	15,87/17,22	0/25	100/100
Psicológico	75/64	73,94/68,78	14,53/16,06	0/29,17	100/95,83
Relações Sociais	75/64	71,66/71,42	17,54/17,82	0/25	100/100
Ambiental	74/64	64,36/66,89	15,10/10,66	0/40,63	93,75/93,75

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

O presente instrumento pressupõe que quanto maior o valor apresentado, melhor a percepção de QdV. Considerando os resultados obtidos pelos cuidadores formais, verifica-se que os mesmos apresentam uma maior percepção de QdV nos domínios “Psicológico” (M= 73,94; 14,53), seguido do domínio “Físico” (M= 72,19; DP= 15,87), e das Relações sociais (M= 71,66; DP= 17,54).

Por outro lado, observa-se que os resultados mais baixos pertencem aos domínios “Ambiente” (M= 64,36; DP= 15,10) e ao domínio “Qualidade de Vida Geral” (M= 66,17; DP= 17,04), o que significa que é nestes domínios que os cuidadores percecionam uma pior qualidade de vida.

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais, verifica-se que os mesmos apresentam uma maior percepção de QdV nos domínios “Relações Sociais” (M= 71,42; DP= 17,82) e “Psicológico” (M= 68,78; DP= 16,06).

Por outro lado, observa-se novamente que o domínio “Ambiental” (M= 66,89; DP= 10,66) é o que apresenta valores mais baixos sendo caracterizado pelos cuidadores informais como o domínio com menor percepção de QdV.

3.1.5 Identificar as Estratégias de *Coping* (QMLA) utilizadas em situações de *Stress*

O processo de identificação de estratégias de *coping* foi realizado com o auxílio do Questionário de Modos de Lidar com os Acontecimentos (QMLA). Na Tabela 7 encontram-se descritas as pontuações absolutas e relativas obtidas na análise do QMLA.

De acordo com os resultados obtidos pelos cuidadores formais no que se refere às pontuações relativas verifica-se que as estratégias mais utilizadas perante situações de *stress* são as de “Resolução Planeada de Problemas” (M= 1,80; DP= 0,61), seguida das estratégias de “Procura de Suporte Social” (M= 1,78; DP=0,76), das estratégias de “Reavaliação Positiva” (M= 1,68; DP= 0,61) e das estratégias de “Assumir Responsabilidades” (M= 1,64; DP= 0,71). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas são as de “Fuga/Evitamento” (M= 0,62; DP= 0,46), “Distanciamento” (M= 1,01; DP= 0,57) e “Confronto” (M= 1,29; 0,59). Considerando os cuidadores formais no que se refere às pontuações absolutas obtidas, podemos observar que a estratégia “Reavaliação Positiva” (M=11,71; DP= 4,24) foi a mais utilizada seguida da estratégia de “Resolução Planeada do Problema” (M= 10,81; DP= 3,64) e da estratégia de “Suporte Social” (M= 10,66; DP= 4,62). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas foram a “Fuga/Evitamento” (M= 4,37; DP= 3,20), e a estratégia “Distanciamento” (M= 5,02; DP= 0,57).

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais relativamente às pontuações absolutas verifica-se que as estratégias mais utilizadas perante situações de *stress* são as de “Reavaliação Positiva” (M= 11,33; DP=4,87), seguida de “Suporte Social” (M= 11,28; DP= 3,97) e “Autocontrolo” (M=9,69; DP= 3,30). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas são “Assumir Responsabilidades” (M= 4,82; DP= 2,71), “Distanciamento” (M= 5,11; DP= 2,57) e “Coping Confrontativo” (M= 6,56; DP= 2,50). De acordo com os resultados obtidos no que se refere às pontuações relativas verifica-se que as estratégias mais utilizadas perante situações de *stress* pelo Cuidadores Informais são as de “Suporte Social” (M= 1,73; DP= 0,62), seguidas de “Reavaliação Positiva” (M= 1,62; DP= 0,69) e Resolução Planeada do Problema” (M= 1,53; DP= 0,59). Por outro lado, as estratégias menos utilizadas são as de “Distanciamento” (M= 1,02; 0,51), “Fuga/Evitamento” (M= 1,04; DP= 0,58) e “Coping Confrontativo” (M= 1,09; DP= 0,41).

Tabela 7

Análise Descritiva das Estratégias do QMLA

Estratégias	Pontuações	Amplitude				
		N	Média	DP	Mínimo	Máximo
		F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Autocontrolo	Absoluta	62/61	10,10/9,69	4,03/3,3	0/2	20/21
	Relativa	62/61	1,44/1,38	0,57/0,47	0/0,29	2,86/3
Suporte Social	Absoluta	62/61	10,66/11,28	4,62/3,97	0/2	18/18
	Relativa	62/61	1,78/1,73	0,76/0,62	0/0,33	3/3
Fuga-Evitamento	Absoluta	62/61	4,37/7,25	3,20/4,08	0/0	14/17
	Relativa	62/61	0,62/1,04	0,46/0,58	0/0	2/2,43
Resolução planeada problema	Absoluta	62/61	10,81/9,05	3,64/3,44	0/2	18/16
	Relativa	62/61	1,80/1,53	0,61/0,59	0/0,33	3/2,67
Reavaliação Positiva	Absoluta	62/61	11,71/11,33	4,24/4,87	0/0	21/21
	Relativa	62/61	1,68/1,62	0,61/0,69	0/0	3/3
Assumir Responsabilidades	Absoluta	62/61	6,11/2,71	2,71/2,71	0/0	12/10
	Relativa	62/61	1,64/0,83	0,71/0,83	0/0	3/3,33
Coping Confrontativo	Absoluta	62/61	7,68/2,50	3,53/2,50	0/2	15/12
	Relativa	62/61	1,29/0,41	0,59/0,41	0/0,33	2,50/2
Distanciamento	Absoluta	62/61	5,02/2,57	0,57/2,57	0/1	2,86/13
	Relativa	62/61	1,01/0,51	0,57/0,51	0/0,17	2,60/2,60

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

3.1.6 Avaliar os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Os sintomas psicopatológicos foram analisados com recurso ao Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI). A

Tabela 8 apresenta os resultados obtidos para cada uma das dimensões em estudo e para os três índices globais.

De acordo com os resultados dos cuidadores formais podemos observar que a média de intensidade experienciada (ISP) é de 13,80 (DP= 12,93). No índice “Total de Sintomas Positivos” (TPS) a média é de 23,19 (DP=31,97). Podemos observar que as dimensões mais elevadas são, respetivamente, “Ideação Paranóide” (M= 0,93;DP= 0,89) e “Obsessão-Compulsão” (M= 0,79;DP= 0,77). Por outro lado, as duas dimensões que registaram os níveis mais baixos foram “Ansiedade Fóbica” (M= 0,29;DP=0,56) e “Psicoticismo” (M= 0,30; DP= 0,58).

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais, de observar que a média de intensidade experienciada (ISP) é de 23,76 (DP= 12,23). No índice “Total de Sintomas Positivos” (TPS) a média é de 42,73 (DP=27,80). As dimensões mais elevadas são, respetivamente, “Obsessão-Compulsão” (M= 1,14;DP= 0,77), “Depressão” (M=0,99; DP= 0,80), “Ideação Paranóide” (M= 0,94;DP= 0,77) e “Ansiedade” (M= 0,93;DP= 0,65). Por outro lado, as três dimensões que registaram os níveis mais baixos foram “Ansiedade Fóbica” (M= 0,37;DP=0,40), “Psicoticismo” (M= 0,54; DP= 0,61) e Somatização (M= 0,58; DP= 0,48).

Tabela 8
Análise descritiva dos domínios do BSI

Domínios BSI	N	Média	DP	Amplitude	
	F/I	F/I	F/I	Mínimo F/I	Máximo F/I
Somatização	52/73	0,56/0,58	0,76/0,48	0/0	3,83/2
Obsessão-Compulsão	52/73	0,79/1,14	0,77/0,77	0/0	3,50/3,33
Sensibilidade Interpessoal	52/73	0,56/0,62	0,67/0,80	0/0	3,75/3,25
Depressão	52/70	0,54/0,99	0,69/0,65	0/0	3,33/3,83
Ansiedade	52/74	0,58/0,93	0,63/0,68	0/0	3,50/2,67
Hostilidade	52/73	0,60/0,74	0,78/0,40	0/0	4/2,60
Ansiedade Fóbica	52/74	0,29/0,37	0,56/0,77	0/0	3/2,20
Ideação Paranóide	52/75	0,93/0,94	0,89/0,61	0/0	4/2,80
Psicoticismo	52/75	0,30/0,54	0,58/0,61	0/0	3,60/3
Índice geral de sintomas	52/75	0,58/0,81	0,60/0,52	0/0	3,26/2,72
Índice sintomas positivos (ISP)	36/47	13,80/23,76	12,93/12,23	0/0	52/51
Total de Sintomas Positivos (TPS)	36/75	23,19/42,73	31,97/27,80	0/0	173/144

Nota: F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

3.1.7 Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as Variáveis Sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos Filhos” e “Anos de Serviço na Instituição”, “Carga Horária Semanal”

3.1.7.1 Analisar a relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)

Na Tabela 9 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação paramétrica e não paramétrica entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36), tendo sido encontradas várias relações estatisticamente significativas entre as variáveis em análise.

Tabela 9

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o SF-36

Dimensões SF-36	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Saúde Geral	0,378**/-	0,399**/-	0,454**/-	0,366**/-	0,249/-
Saúde Mental	0,696**/-	0,797**/-	0,715**/-	0,551**/-	0,633**/-
Dor Corporal	0,404**/-	0,593**/-	0,470**/-	0,321**/-	0,370**/-
Mudança de Saúde	- 0,550**/-	- 0,514**/-	- 0,469**/-	- 0,315**/-	- 0,376**/-
Função Social	0,360**/-	0,594**/-	0,541**/-	0,330**/-	0,487**/-
Desempenho Emocional	0,360**/-	0,601**/-	0,453**/-	0,225/-	0,461**/-
Função Física	0,553**/-	0,683**/-	0,601**/-	0,436**/-	0,378**/-
Desempenho Físico	0,382**/-	0,641**/-	0,429**/-	0,124/-	0,436**/-
Vitalidade	0,475**/-	0,640**/-	0,411**/-	0,336**/-	0,408**/-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

As relações estatisticamente significativas referentes aos cuidadores formais caracterizam-se por serem, na sua maioria, positivas e com uma magnitude moderada e forte. No entanto, observaram-se relações negativas estatisticamente significativas de magnitude moderada e forte entre a dimensão “Mudança de Saúde” do SF-36 e os domínios do WHOQOL-Bref.

Os resultados demonstram que as variáveis em estudo apresentam a mesma tendência, na medida que quando a Qualidade de Vida é percecionada como positiva, tendencialmente a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde também irá apresentar-se positiva. De considerar que existe uma exceção, a dimensão “Mudança de Saúde” que apresenta apenas relações negativas, sugerindo que uma elevada “Qualidade de Vida” está associada a uma menor diferença percecionada entre o estado de saúde atual e o estado de saúde anterior.

Pelo facto de o instrumento SF-36 não ter sido aplicado à população de cuidadores informais, os valores de correlação relativos a estes cuidadores encontram-se em falta.

3.1.7.2 Analisar a Relação entre o *Burnout* (IBC) e a Sobrecarga (ESC)

Na Tabela 10 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação paramétrica e não paramétrica das escalas de *Burnout* (IBC) e os fatores de Sobrecarga (ESC) dos cuidadores formais.

Tabela 10

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o IBC e a ESC

Fatores ESC	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com utente
	F/I	F/I	F/I
Impacto Prestação Cuidados	0,773**/-	0,237**/-	0,676**/-
Relação Interpessoal	0,452**/-	0,264**/-	0,599**/-
Expetativas com Cuidar	0,533**/-	0,143/-	0,412**/-
Perceção de Autoeficácia	0,365**/-	0,186*/-	0,405**/-
Escala Geral	0,740**/-	0,263**/-	0,694**/-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

Observam-se relações na sua maioria estatisticamente significativas positivas forte e moderada. Os resultados sugerem que existe uma tendência de que quando a experiência de

sobrecarga aumenta, também a experiência de *burnout* aumenta. A escala “*Burnout* Pessoal” e “*Burnout* Relativamente ao Utente” relacionam-se de forma estatisticamente significativa com os fatores de sobrecarga (ESC). Já a escala “*Burnout* Relacionado com o Trabalho” apresenta valores com magnitude estatisticamente baixos.

Pelo facto de o instrumento IBC não ter sido aplicado à população de cuidadores informais, os valores de correlação relativos a estes cuidadores encontram-se em falta.

3.1.7.3 Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e o *Burnout* (IBC)

Na Tabela 11 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação não paramétrica entre as dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as escalas de *Burnout* (IBC) dos cuidadores formais.

Tabela 11
Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o SF-36

Dimensões SF-36	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal F/I	<i>Burnout</i> relacionado com trabalho F/I	<i>Burnout</i> relacionado com utente F/I
Saúde Geral	- 0,129/-	- 0,276* /-	- 0,289* /-
Saúde Mental	- 0,394** /-	- 0,316* /-	- 0,546** /-
Dor Corporal	- 0,417** /-	- 0,242/-	- 0,521** /-
Mudança Saúde	0,363** /-	- 0,146/-	0,310* /-
Função Social	- 0,367** /-	- 0,279* /-	- 0,442* /-
Desempenho Emocional	- 0,406** /-	- 0,331** /-	- 0,560** /-
Função Física	- 0,252* /-	- 0,256* /-	- 0,430** /-
Desempenho Físico	- 0,410** /-	- 0,276* /-	- 0,545** /-
Vitalidade	- 0,389** /-	- 0,253* /-	- 0,411** /-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

As relações estatisticamente significativas encontradas foram maioritariamente negativas, e de magnitude moderada. Os resultados sugerem que existe uma tendência para quanto mais elevada for a qualidade de vida relacionada com a saúde percebida, menor é a experiência de *burnout*. No que se refere à dimensão “Mudança de Saúde” a tendência deixa de

ser inversa no que se refere à escala de “*Burnout* Pessoal” e à escala de “*Burnout* Relacionado com o Utente”, ou seja, quanto maior a experiência de *burnout* maior a diferença entre o estado de saúde atual e o estado de saúde anterior percecionado.

Pelo facto de não ter sido aplicado o IBC e o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.4 Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e o *Burnout* (IBC)

Na Tabela 12 encontra-se descrita a análise correlacional não paramétrica realizada entre os domínios da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) e as escalas de *burnout* (IBC) dos cuidadores formais, tendo sido encontradas relações estatisticamente significativas entre ambas as variáveis.

Tabela 12
Análise Correlacional Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o IBC

Escalas do IBC	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
<i>Burnout</i> Pessoal	- 0,239* /-	- 0,310** /-	- 0,270** /-	- 0,194/-	- 0,334** /-
<i>Burnout</i> relacionado trabalho	- 0,212/-	- 0,191/-	- 0,181/-	- 0,112/-	- 0,253* /-
<i>Burnout</i> relacionado utente	- 0,256* /-	- 0,114/-	- 0,269* /-	- 0,223/-	- 0,272* /-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

As relações significativas encontradas caracterizam-se por serem negativas, e de magnitude baixa, o que significa que quanto melhor a qualidade de vida percecionada, menor é a experiência de *burnout*. Importante apontar a ausência de relações estatisticamente significativas entre as diferentes escalas de *burnout* e o domínio das relações sociais.

Uma vez mais, pelo facto de não ter sido aplicado o IBC aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.5 Analisar a relação entre o *Burnout* (IBC) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Na Tabela 13 encontram-se os resultados obtidos através da análise correlacional não paramétrica entre as escalas de *burnout* (IBC) e as escalas de sintomatologia psicopatológica (BSI) dos cuidadores formais.

Tabela 13
Análise Correlacional Não Paramétrica entre o IBC e o BSI

Dimensões BSI	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com utente
	F/I	F/I	F/I
Ansiedade	0,377**/-	0,303*/-	0,419**/-
Ansiedade Fóbica	0,243/-	0,135/-	0,252/-
Depressão	0,469**/-	0,392**/-	0,472**/-
Hostilidade	0,401**/-	0,435**/-	0,465**/-
Ideação Paranóide	0,525**/-	0,520**/-	0,559**/-
Psicoticismo	0,454**/-	0,361**/-	0,476**/-
Obsessões-Compulsões	0,396**/-	0,362**/-	0,442**/-
Sensibilidade Interpessoal	0,416**/-	0,368**/-	0,464**/-
Somatização	0,337*/-	0,322*/-	0,416**/-
IGS	0,476**/-	0,460**/-	0,574**/-
ISP	0,384*/-	0,279/-	0,280/-
TSP	0,621**/-	0,539**/-	0,613**/-

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

Nota: Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

As relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem positivas e de magnitude moderada ou forte. Os resultados obtidos sugerem que quando os indivíduos experienciam *burnout* tendem também a experienciar mais sintomas psicopatológicos (TSP).

Pelo facto de não ter sido aplicado o IBC aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.6 Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Na Tabela 14 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação paramétrica e não paramétrica entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e as escalas de Sintomatologia Psicopatológica (BSI).

No que se refere aos cuidadores formais, as relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada e forte.

Os resultados obtidos em todos os domínios do WHOQOL-Bref sugerem que, perante uma maior qualidade de vida percecionada, verifica-se, tendencialmente, uma menor experiência de sintomatologia psicopatológica.

Em relação aos resultados dos cuidadores informais, as relações estatisticamente significativas observadas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada e forte. Uma vez mais, perante os resultados obtidos verifica-se que perante uma maior perceção da qualidade de vida, menor a experiência de sintomatologia psicopatológica.

Tabela 14

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o WHOQOL-Bref e o BSI

Dimensões BSI	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Ansiedade	- 0,528 ^{**} / - 0,209	- 0,595 ^{**} / - 0,407 ^{**}	- 0,663 ^{**} / - 0,606 ^{**}	- 0,541 ^{**} / - 0,730 ^{**}	- 0,623 ^{**} / - 0,559 ^{**}
Ansiedade Fóbica	- 0,432 ^{**} / - 0,342 [*]	- 0,509 ^{**} / - 0,540 ^{**}	- 0,525 ^{**} / - 0,400 ^{**}	- 0,460 ^{**} / - 0,549 ^{**}	- 0,506 ^{**} / - 0,369 [*]
Depressão	- 0,589 ^{**} / - 0,417 ^{**}	- 0,586 ^{**} / - 0,350 [*]	- 0,671 ^{**} / - 0,775 ^{**}	- 0,550 ^{**} / - 0,711 ^{**}	- 0,578 ^{**} / - 0,599 ^{**}
Hostilidade	- 0,457 ^{**} / 0,012	- 0,498 ^{**} / 0,019	- 0,484 ^{**} / - 0,463 ^{**}	- 0,357 ^{**} / - 0,333 [*]	- 0,470 ^{**} / - 0,260
Ideação Paranoíde	- 0,334 [*] / - 0,132	- 0,318 [*] / - 0,441 ^{**}	- 0,357 ^{**} / - 0,455 ^{**}	- 0,412 ^{**} / - 0,434 ^{**}	- 0,501 ^{**} / - 0,371 [*]
Psicoticismo	- 0,533 ^{**} / - 0,347 [*]	- 0,541 ^{**} / - 0,453 ^{**}	- 0,634 ^{**} / - 0,742 ^{**}	- 0,553 ^{**} / - 0,672 ^{**}	- 0,564 ^{**} / - 0,413 ^{**}
Obsessão-Compulsão	- 0,394 ^{**} / - 0,211	- 0,478 ^{**} / - 0,208	- 0,563 ^{**} / - 0,571 ^{**}	- 0,517 ^{**} / - 0,480 ^{**}	- 0,564 ^{**} / - 0,382 [*]
Sensibilidade Interpessoal	- 0,465 ^{**} / - 0,346 [*]	- 0,502 ^{**} / - 0,250	- 0,548 ^{**} / - 0,728 ^{**}	- 0,474 ^{**} / - 0,618 ^{**}	- 0,604 ^{**} / - 0,635 ^{**}
Somatização	- 0,561 ^{**} / - 0,353 [*]	- 0,563 ^{**} / - 0,550 ^{**}	- 0,571 ^{**} / - 0,240	- 0,419 ^{**} / - 0,307 [*]	- 0,589 ^{**} / - 0,432 ^{**}
IGS	- 0,541 ^{**} / - 0,315 [*]	- 0,527 ^{**} / - 0,453 ^{**}	- 0,613 ^{**} / - 0,694 ^{**}	- 0,539 ^{**} / - 0,664 ^{**}	- 0,610 ^{**} / - 0,621 ^{**}
ISP	- 0,359/ - 0,101	- 0,413 [*] / - 0,669 ^{**}	- 0,491 ^{**} / - 0,443	- 0,285/ - 0,554 [*]	- 0,520 ^{**} / - 0,273
TSP	- 0,386 [*] / - 0,291	- 0,616 ^{**} / - 0,427	- 0,521 ^{**} / - 0,683 ^{**}	- 0,487 ^{**} / - 0,563 [*]	- 0,550 ^{**} / - 0,547 [*]

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

Nota: Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

^{**}p < 0,01, 2 extremidades^{*}p < 0,05, 2 extremidades

3.1.7.7 Analisar a Relação entre a Sobrecarga (ESC) e a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

Na Tabela 15 apresentam-se os resultados obtidos através da correlação paramétrica e não paramétrica entre os domínios da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) e os fatores de Sobrecarga (ESC).

Considerando os resultados das correlações dos cuidadores formais, as relações estabelecidas que são estatisticamente significativas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada. Os resultados sugerem que existe uma tendência para que quando o sentimento de sobrecarga aumenta, a qualidade de vida percebida diminua.

No que se refere aos cuidadores informais, não foram encontrados muitos resultados estatisticamente significativos. Os poucos resultados caracterizam-se por serem negativos e de magnitude moderada, sendo que o fator “Impacto de Prestação de Cuidados” é aquele que apresenta mais relações estatisticamente significativas, negativas e de magnitude moderada, com os domínios do WHOQOL-Bref.

Tabela 15

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre WHOQOL-Bref e ESC

Fatores ESC	Domínios WHOQOL-Bref				
	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio das Relações Sociais	Domínio Ambiental
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Impacto Prestação Cuidados	- 0,372 ^{**} /- 0,396 ^{**}	- 0,566 ^{**} /- 0,29	- 0,501 ^{**} /-0,300	- 0,261 [*] /- 0,367 [*]	- 0,466 ^{**} /- 0,437 ^{**}
Relação Interpessoal	- 0,448 ^{**} /- 0,055	- 0,569 ^{**} /0,207	- 0,549 ^{**} /- 0,047	- 0,300 [*] /- 0,168	- 0,563 ^{**} /- 0,078
Expectativas com Cuidar	- 0,211/0,012	- 0,294 [*] /0,146	- 0,244/-0,006	- 0,160/- 0,054	- 0,382 ^{**} /- 0,101
Perceção Autoeficácia	- 0,206/0,296	- 0,303 [*] /- 0,112	- 0,351 ^{**} /-0,181	- 0,157/- 0,037	- 0,277 [*] /0,031
Escala Geral	- 0,385 ^{**} /- 0,246	- 0,551 ^{**} /0,054	- 0,506 ^{**} /- 0,250	- 0,271 [*] /- 0,320 [*]	- 0,515 ^{**} /- 0,344 [*]

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

^{**}p <0,01, 2 extremidades

^{*}p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.8 Analisar a Relação entre as Estratégias de *Coping* (QMLA) e o *Burnout* (IBC)

Na Tabela 16 encontram-se os resultados obtidos através das correlações paramétricas e não paramétricas realizadas entre as escalas de *burnout* (IBC) e as estratégias de *coping* (QMLA) nos cuidadores formais. Pela observação dos resultados verifica-se que as relações estatisticamente significativas existentes se caracterizam por serem positivas e da magnitude baixa.

Tabela 16
Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre QMLA e IBC

Estratégias de <i>Coping</i> (QMLA)	Escalas do IBC		
	<i>Burnout</i> Pessoal	<i>Burnout</i> relacionado com trabalho	<i>Burnout</i> relacionado com utente
	Absoluto/Relativo	Absoluto/Relativo	Absoluto/Relativo
	F/F/I	F/F/I	FF/I
Confronto	0,376*/0,349*/-	0,359*/0,329*/-	0,107/0,094/-
Distanciamento	0,145/0,152/-	0,073/0,089/-	0,061/0,076/-
Autocontrolo	0,275/0,275/-	0,282/0,282/-	- 0,030/-0,030/-
Procura de Suporte Social	0,185/0,184/-	0,153/0,141/-	- 0,120/- 0,128/-
Assumir responsabilidade	0,139/0,139/-	0,199/0,199/-	- 0,003/- 0,003/-
Fuga/Evitamento	0,187/0,187/-	0,018/0,018/-	- 0,073/-0,073/-
Resolução Planeada de Problemas	0,313*/0,313*/-	0,325*/0,325*/-	- 0,060/-0,060/-
Reavaliação Positiva	0,250/0,244/-	0,159/0,151/-	- 0,085/- 0,088/-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

Apenas o “*Burnout* Pessoal” e o “*Burnout* relacionado com o trabalho” apresentam relações estatisticamente significativas com as estratégias “Confronto” e “Resolução Planeada de Problemas”.

Pelo facto de não ter sido aplicado o IBC aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.9 Analisar a Relação entre as Estratégias de *Coping* (QMLA) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Foram realizadas correlações paramétricas e não paramétricas com o objetivo de analisar a relação entre as estratégias de *coping* (QMLA) e a sintomatologia psicopatológica (BSI), não tendo sido encontradas quaisquer relações estatisticamente significativas nos cuidadores formais.

No que se refere aos cuidadores informais (Tabela 17), verificam-se relações estatisticamente significativas. Pela observação dos resultados verifica-se uma relação estatisticamente significativa existente entre a dimensão “Índice Sintomas Positivos” e a estratégia de *coping* “Fuga/Evitamento” que se caracteriza por ser positiva e de magnitude forte.

A dimensão “Sensibilidade Interpessoal” também apresenta uma relação estatisticamente significativa com a estratégia de *coping* “Resolução Planeada do Problema”, com cariz negativo e de magnitude forte.

Já a estratégia de *coping* “Reavaliação Positiva” apresenta relações estatisticamente significativas com as dimensões “Depressão” e “Obsessão-Compulsão”. Ambas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude forte. Estas correlações indicam que os cuidadores que utilizam a estratégia “Reavaliação Positiva” mais frequente apresentam menos sintomas depressivos.

Tabela 17

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o QMLA e o BSI dos Cuidadores Informais

Dimensões BSI	Estratégias de <i>Coping</i> (QMLA)							
	Confronto	Distanciamento	Autocontrolo	Suporte Social	Assumir Responsabilidades	Fuga/Evitamento	Resolução Planeada Problemas	Reavaliação Positiva
Ansiedade	0,240	- 0,200	- 0,014	- 0,039	0,038	0,370	- 0,250	- 0,275
Ansiedade Fóbica	-0,042	- 0,047	0,203	0,252	0,240	0,227	0,063	0,077
Depressão	0,056	- 0,171	0,088	- 0,028	- 0,120	0,442	- 0,469	- 0,511*
Hostilidade	0,320	-0,389	- 0,264	0,072	- 0,244	0,092	- 0,295	- 0,388
Ideação Paranóide	0,184	- 0,290	0,036	0,179	0,128	0,453	- 0,103	-0,063
Psicoticismo	- 0,047	- 0,222	- 0,204	0,006	0,005	0,340	- 0,246	-0,171
Obsessão-Compulsão	0,047	- 0,253	- 0,077	- 0,174	0,053	0,244	- 0,365	- 0,504*
Sensibilidade Interpessoal	- 0,033	- 0,224	- 0,085	- 0,066	- 0,294	0,299	- 0,578*	- 0,349
Somatização	0,219	0,346	0,349	0,059	- 0,028	0,455	- 0,088	- 0,013
IGS	0,149	-0,233	-0,009	-0,004	- 0,013	0,406	- 0,340	- 0,351
ISP	0,317	-0,307	0,208	0,454	0,144	0,634**	- 0,008	0,013
TSP	- 0,003	-0,128	- 0,077	-0,148	- 0,087	0,293	- 0,440	-0,448

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.10 Analisar a Relação entre a sobrecarga (ESC) e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)

Na Tabela 18 apresentam-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas das dimensões da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e os fatores de Sobrecarga (ESC) dos cuidadores formais.

Observam-se relações estatisticamente significativas maioritariamente negativas e de magnitude moderada. Os resultados sugerem que existe uma tendência para que quando a experiência de sobrecarga aumenta, diminua a qualidade de vida relacionada com a saúde.

Tabela 18

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre ESC e SF-36

Dimensões SF-36	Fatores ESC				
	Impacto Prestação Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas com Cuidar	Percepção Autoeficácia	Escala Geral
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Saúde Geral	- 0,181/-	- 0,301 */-	- 0,131/-	- 0,050/-	- 0,208/-
Saúde Mental	- 0,388 **/-	- 0,498 **/-	- 0,407 **/-	- 0,209/-	- 0,456 **/-
Dor Corporal	- 0,381 **/-	- 0,434 **/-	- 0,463 **/-	- 0,272 */-	- 0,461 **/-
Mudança Saúde	0,374 **/-	0,275 */-	0,117/-	0,243/-	- 0,335 **/-
Função Social	- 0,341 **/-	- 0,398 **/-	- 0,318 **/-	- 0,140/-	- 0,376 **/-
Desempenho Emocional	- 0,337 **/-	- 0,476 **/-	- 0,340 **/-	- 0,208/-	- 0,408 **/-
Função Física	- 0,245 */-	- 0,329 **/-	- 0,333 **/-	- 0,199/-	- 0,320 **/-
Desempenho Físico	- 0,387 **/-	- 0,516 **/-	- 0,308 */-	- 0,263 */-	- 0,443 **/-
Vitalidade	- 0,357 **/	- 0,382 **/-	- 0,420 **/-	- 0,254 */-	- 0,422 **/-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

Pelo facto de não ter sido aplicado o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.11 Analisar a Relação entre a sobrecarga (ESC) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Na Tabela 19 apresentam-se os resultados obtidos através de correlações paramétricas e não paramétricas dos fatores de Sobrecarga (ESC) e as escalas de sintomatologia psicopatológica (BSI).

As relações estatisticamente significativas observadas nos cuidadores formais caracterizam-se por serem positivas e maioritariamente de magnitude moderada ou forte. Os resultados sugerem que quando as pessoas experienciam sobrecarga tendem também a experienciar mais sintomas psicopatológicos (TSP) e com maior intensidade (IGS e ISP).

No que se refere aos cuidadores informais as correlações estabelecidas são diminutas.

Tabela 19

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o ESC e o BSI

Dimensões BSI	Impacto Prestação Cuidados	Relação Interpessoal	Expectativas com Cuidar	Percepção Autoeficácia	Fatores ESC Escala Geral
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Ansiedade	0,703** /0,219	0,708** /0,230	0,486** /- 0,043	0,463** /0,217	0,708** /0,239
Ansiedade Fóbica	0,478** /0,111	0,523** /- 0,122	0,340* /0,083	0,176/0,191	0,475** /0,550
Depressão	0,644** / 0,476**	0,622** /0,246	0,426** /- 0,032	0,412* /0,048	0,637** / 0,401**
Hostilidade	0,669** /0,058	0,794** /0,255	0,340* /0,032	0,436** / 0,314*	0,670** /0,164
Ideação Paranóide	0,757/0,121	0,651** /- 0,162	0,513** /- 0,112	0,570** /0,249	0,745** /0,051
Psicoticismo	0,688/0,243	0,783** /0,018	0,384* /- 0,166	0,397* /0,127	0,683** /0,156
Obsessão-Compulsão	0,669** /0,079	0,643** /0,133	0,457** /- 0,087	0,478** /0,253	0,671** /0,109
Sensibilidade Interpessoal	0,743** / 0,425**	0,763** /0,134	0,447** /- 0,026	0,431** /- 0,017	0,728** / 0,326*
Somatização	0,615** /-0,017	0,741** /-0,051	0,377* /-0,094	0,395* /0,227	0,634** /-0,014
IGS	0,735** /0,244	0,767** /0,120	0,465** /- 0,078	0,471** /0,192	0,734** /0,215
ISP	0,427* /0,352	0,527** /0,298	0,202/-0,104	0,097/0,114	0,414* /0,314
TSP	0,690** /0,065	0,597** /0,053	0,457** /- 0,104	0,502** /0,426	0,675** /0,093

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.12 Analisar a Relação entre a Sobrecarga (ESC) e as Estratégias de *Coping* (QMLA)

Foram realizadas correlações paramétricas e não paramétricas com o objetivo de analisar a relação entre as estratégias de *coping* (QMLA) e a sobrecarga (ESC), não tendo sido encontradas quaisquer relações estatisticamente significativas com exceção da correlação entre a estratégia de *coping* “Distanciamento” e o fator “Expectativas com o cuidar” com o valor de $r = 0,423$ ($p < 0,05$) nos cuidadores formais.

Nos cuidadores informais não foram identificadas quaisquer relações estatisticamente significativas.

3.1.7.13 Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e os Sintomas Psicopatológicos (BSI)

Foram realizadas correlações paramétricas e não paramétricas (Tabela 20) com o objetivo de analisar a relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e a sintomatologia psicopatológica (BSI), tendo sido encontrados resultados estatisticamente significativos nos cuidadores formais.

A maioria das relações estatisticamente significativas encontradas são negativas e de magnitude moderada a forte, o que indica que uma maior percepção da qualidade de vida relacionada com a saúde contribui para uma menor sintomatologia psicopatológica.

A única dimensão da Qualidade de Vida que se caracteriza por ser positiva é a “Mudança de Saúde”, apresentando algumas relações estatisticamente significativas com algumas dimensões psicopatológicas. Estas relações positivas parecem apontar para que quanto maior a sintomatologia psicopatológica maior a diferença entre o estado de saúde atual e o estado de saúde percebido.

Pelo facto de não ter sido aplicado o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

Tabela 20

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre o SF-36 e BSI

Dimensões BSI					Dimensões SF-36				
	Saúde Geral	Saúde Mental	Dor Corporal	Mudança Saúde	Função Social	Desempenho Emocional	Função Física	Desempenho Físico	Vitalidade
	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I	F/I
Ansiedade	- 0,503**/-	- 0,604**/-	- 0,664**/-	0,433*/-	- 0,678**/-	- 0,616**/-	-0,636**/-	- 0,590**/-	- 0,392*/-
Ansiedade Fóbica	- 0,460**/-	- 0,499**/-	- 0,458**/-	0,342/-	- 0,503**/-	- 0,426**/-	- 0,522**/-	- 0,364*/-	- 0,204/-
Depressão	- 0,492**/-	- 0,685**/-	- 0,544**/-	0,551**/-	- 0,702**/-	- 0,687**/-	-0,610**/-	- 0,621**/-	- 0,455**/-
Hostilidade	- 0,334*/-	- 0,444**/-	- 0,428**/-	0,339/-	- 0,470**/-	- 0,648**/-	- 0,544**/-	- 0,752**/-	- 0,341*/-
Ideação Paranoide	- 0,493**/-	- 0,556**/-	- 0,630**/-	0,283/-	- 0,641**/-	- 0,572**/-	- 0,514**/-	-0,562/-	-0,475**/-
Psicoticismo	- 0,452**/-	- 0,684**/-	-0,481**/-	0,417*/-	- 0,664**/-	- 0,686**/-	-0,539**/-	- 0,625/-	-0,324/-
Obsessão-Compulsão	-0,355*/-	- 0,520**/-	- 0,476**/-	0,316/-	- 0,563**/-	- 0,643**/-	-0,565**/-	- 0,647**/-	- 0,426**/-
Sensibilidade Interpessoal	- 0,395*/-	- 0,558**/-	- 0,534**/-	0,267/-	- 0,639**/-	- 0,612**/-	-0,450**/-	- 0,600**/-	-0,364*/-
Somatização	-0,466**/-	- 0,585**/-	- 0,470**/-	0,411*/-	- 0,576**/-	- 0,724**/-	- 0,650**/-	-0,730**/-	- 0,350*/-
IGS	- 0,485**/-	- 0,629**/-	- 0,576**/-	0,419*/-	- 0,666**/-	- 0,698**/-	- 0,626**/-	- 0,687**/-	- 0,418*/-
ISP	-0,417*/-	- 0,324	- 0,321/-	0,291/-	- 0,458*/-	- 0,629**/-	-0,461**/-	- 0,537**/-	0,005/-
TSP	- 0,377*/-	- 0,540**/-	- 0,628**/-	0,298/-	- 0,648**/-	- 0,593**/-	- 0,560**/-	- 0,671**/-	- 0,486**/-

IGS – Índice Geral de Sintomas; ISP – Índice de Sintomas Positivos; TSP- Total de Sintomas Positivos

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.14 Analisar a Relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as Estratégias de *Coping* (QMLA)

Foram realizadas correlações paramétricas e não paramétricas com o objetivo de analisar a relação entre a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) e as estratégias de *coping* utilizadas perante situações de *stress* (QMLA), tendo sido encontrados poucos resultados estatisticamente significativos nos cuidadores formais.

Pelo facto de não ter sido aplicado o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.15 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quanto filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)

A variável sociodemográfica “Idade”, “Escolaridade”, “Quanto filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” não apresentaram quaisquer relações significativas com os domínios que constituem a Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) nos cuidadores formais.

Analisando os dados dos cuidadores informais para as variáveis sociodemográficas “Idade” e “Escolaridade”, verifica-se a existência de relações significativas da “Escolaridade” com os domínios “Dimensão Física” e “Dimensão Psicológica” (Tabela 21). A variável “Idade” não apresenta quaisquer relações significativas com os domínios avaliados pelo WHOQOL-Bref.

Tabela 21
Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a “Escolaridade” e os Domínios do WHOQOL-Bref nos CI

	Domínios WHOQOL-Bref				
	Dimensão Geral	Dimensão Física	Dimensão Psicológica	Dimensão Relações Sociais	Dimensão Ambiente
“Escolaridade”	- 0,017	0,348**	- 0,277*	- 0,174	- 0,051

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.16 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quanto filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36)

Não se observam relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Quanto filhos tem?”, “Anos Serviço Instituição” e “Carga Horária Semanal” e as dimensões que constituem a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde (SF-36) nos cuidadores formais.

No que se refere à variável “Idade” (Tabela 22) obteve-se apenas uma relação estatisticamente significativa positiva e de magnitude moderada com a dimensão “Mudança de Saúde” nos cuidadores formais. A variável “Escolaridade” também apresenta apenas uma relação estatisticamente significativa com a dimensão “Saúde Geral”. A relação é positiva e de magnitude baixa.

Pelo facto de não ter sido aplicado o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

Tabela 22
Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre as variáveis sociodemográficas “Idade” e “Escolaridade” e o SF-36

Dimensões do SF-36	Idade	Escolaridade
	F/I	F/I
Saúde Geral	- 0,149/-	0,266* /-
Saúde Mental	0,158/-	- 0,089/-
Dor Corporal	0,059/-	- 0,029/-
Mudança Saúde	0,321* /-	- 0,116/-
Função Social	0,137/-	- 0,103/-
Desempenho Emocional	0,174/-	- 0,067/-
Função Física	- 0,042/-	- 0,038/-
Desempenho Físico	0,185/-	- 0,123/-
Vitalidade	0,202/-	-0,172/-

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.17 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e as Estratégias de *Coping* (QMLA)

A Tabela 23 apresenta os resultados obtidos através de correlações Paramétricas e Não Paramétricas entre as variáveis “Idade” e “Carga Horária Semanal” e as Estratégias de *Coping* (QMLA).

Tabela 23

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a Variável Sociodemográfica “Idade”, “Escolaridade” e “Carga Horária Semanal” e o QMLA

Estratégias de <i>Coping</i>	Idade	Escolaridade	Carga Horária Semanal
QMLA			Absoluto/Relativo
	F/I	I	F
Confronto	- 0,167/0,106	- 0,003	0,072/0,070
Distanciamento	0,028/- 0,022	- 0,137	- 0,005/0
Autocontrolo	- 0,319* / - 0,102	0,128	0,213/0,213
Procura de Suporte Social	- 0,209/0,007	- 0,023	0,020/0,019
Assumir Responsabilidades	- 0,293* / - 0,279*	0,247	0,265* /0,188
Fuga/Evitamento	0,075/-0,191	- 0,331**	0,037/0,036
Resolução Planeada de Problemas	- 0,180/-0,176	0,189	0,129/0,129
Reavaliação Positiva	- 0,133/-0,195	- 0,036	0,075/0,085

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos; F corresponde aos resultados dos CF; I corresponde aos resultados dos CI

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

Considerando os resultados dos cuidadores formais no que se refere à “Idade” verificou-se duas relações estatisticamente significativas com as estratégias de *coping* “Autocontrolo” e “Assumir Responsabilidades”. Estas relações caracterizam-se por serem negativas e de magnitude baixa, sugerindo que quando há um aumento da idade, as estratégias de *coping* visadas anteriormente são menos utilizadas.

No que se refere à variável “Carga Horária Semanal” verificou-se apenas uma relação estatisticamente significativa com a estratégia de *coping* “Assumir Responsabilidades”. Esta relação caracteriza-se positivamente e com uma magnitude baixa, sugerindo que os cuidadores formais tendem a utilizar mais frequentemente a estratégia visada quando há um aumento da

carga horária semanal. Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Escolaridade”, “Quantos Filhos tem?” e “Anos de Serviço na Instituição”, e as estratégias de *coping*.

Já os cuidadores informais apresentaram uma relação estatisticamente significativa entre a variável “Idade” e a estratégia de *coping* “Assumir Responsabilidades”. É uma relação negativa e de magnitude baixa. A variável “Escolaridade” também demonstrou uma relação estatisticamente significativa com a estratégia de *coping* “Fuga/Evitamento”, que se caracteriza por ser negativa e de magnitude moderada.

Não se verificou relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Quantos Filhos tem?”, “Carga Horária Semanal” e “Anos de Serviço na Instituição”, e as estratégias de *coping* nesta amostra de cuidadores.

3.1.7.18 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e a Sobrecarga (ESC)

Não se observam relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Anos Serviço Instituição” e “Carga Horária Semanal” e os fatores de Sobrecarga (ESC) nos cuidadores formais. No que se refere à variável “Quantos filhos tem?”, existe apenas uma relação estatisticamente significativa com o fator “Relação Interpessoal”. Esta relação caracteriza-se por ser negativa e de magnitude fraca (Tabela 24).

Analisando os resultados dos cuidadores informais, a variável sociodemográfica “Idade” (Tabela 25) apresenta relações estatisticamente significativas com os fatores “Relações Interpessoais” e “Expectativas com o Cuidar”. Estas relações são de cariz negativo e com uma magnitude moderada. A variável “Escolaridade” apresenta uma correlação estatisticamente significativa positiva e de cariz moderado com o fator “Expectativas com o Cuidar” (Tabela 25).

Tabela 24

Análise Correlacional Não Paramétrica entre a variável “Quantos filhos tem?” e a ESC nos CF

	Fatores da ESC				
	Impacto Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expetativas com o cuidar	Perceção de Autoeficácia	Sobrecarga Total
“Quantos Filhos tem?”	0,005	- 0,196*	- 0,033	0,004	- 0,007

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

*p <0,05, 2 extremidades

Tabela 25

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável “Idade”, “Escolaridade” e a ESC nos CI

	Fatores da ESC				
	Impacto Prestação de Cuidados	Relação Interpessoal	Expetativas com o cuidar	Perceção de Autoeficácia	Sobrecarga Total
“Idade”	- 0,097	- 0,385**	- 0,306*	- 0,150	- 0,265
“Escolaridade”	0,083	0,283	0,295*	0,177	0,209

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

**p <0,01, 2 extremidades

*p <0,05, 2 extremidades

3.1.7.19 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e o *Burnout* (IBC)

Nos cuidadores formais não se observam relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos filhos tem?”, “Anos Serviço Instituição” e “Carga Horária Semanal” e as escalas de *Burnout* (IBC). Pelo facto de não ter sido aplicado o SF-36 aos cuidadores informais, não é possível apresentar os resultados das correlações desta análise para esta amostra de cuidadores.

3.1.7.20 Analisar a Relação entre as variáveis “Idade”, “Escolaridade”, “Quanto filhos tem?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal” e os Sintomas Psicopatológicos (BSI).

Considerando os resultados dos cuidadores formais, não se observam relações estatisticamente significativas entre as variáveis sociodemográficas “Quanto filhos tem?”, “Anos Serviço Instituição” e “Carga Horária Semanal” e os sintomas psicopatológicos (BSI). Apenas se obteve uma relação estatisticamente significativa entre a variável “Idade” e o fator “Índice de Sintomas Positivos” ($r = 0,368$; $p \leq 0,05$). Esta relação caracteriza-se por ser positiva e de magnitude moderada. No que se refere à variável “Escolaridade”, apenas se obteve uma relação estatisticamente significativa com o fator “Ansiedade Fóbica” ($\rho = -0,303^*$; $p \leq 0,05$). Esta relação caracteriza-se por ser negativa e de magnitude moderada.

Tabela 26

Análise Correlacional Paramétrica e Não Paramétrica entre a variável “Idade”, “Escolaridade” e o BSI nos CI

Dimensões BSI	Idade	Escolaridade
Ansiedade	- 0,324**	0,116
Ansiedade Fóbica	- 0,016	0,122
Depressão	- 0,273*	0,054
Hostilidade	- 0,368**	0,044
Ideação Paranóide	- 0,028	-0,124
Psicoticismo	- 0,231*	0,109
Obsessão-Compulsão	- 0,284*	- 0,04
Sensibilidade Interpessoal	- 0,264*	0,129
Somatização	0,051	- 0,243*
IGS	- 0,209	-0,003
ISP	- 0,057	-0,270
TSP	- 0,255	0,064

Nota. Em negrito encontram-se os valores estatisticamente significativos

**p < 0,01, 2 extremidades

*p < 0,05, 2 extremidades

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais, verificam-se relações estatisticamente significativas entre a variável sociodemográfica “Idade” e os sintomas psicopatológicos (BSI). Os resultados encontram-se na Tabela 26.

3.1.8 Comparar, dentro do grupo de Cuidadores Formais e Informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir de Dados Sociodemográficos

Para a realização de comparações, dentro do grupo dos cuidadores formais, foram definidos os seguintes subgrupos a partir dos seguintes dados sociodemográficos: alvo de cuidados (idoso neurológico; idoso crónico; com distúrbio mental), sexo (masculino; feminino), idade (≤ 45 ; 46-55; 56-65; > 65), escolaridade (sem escolaridade-4º ano; 5º-12º ano; ensino superior), estado civil (solteiro; casado/união de facto; divorciado/separado), se tem filhos? (não; sim; sim, 2; sim, 3 ou mais), categoria profissional (técnico superior; assistente operacional); anos de serviço (0-2anos; 3-5anos; 6-10anos; +10anos) e horas de trabalho na semana (1-34h; 35-40h; + 40h).

Para o grupo dos cuidadores informais, foram definidos os seguintes subgrupos a partir dos seguintes dados sociodemográficos: alvo de cuidados (doente oncológico; Idoso/Idoso neurológico/crónico), sexo (masculino; feminino), idade (≤ 45 ; 46-55; 56-65; > 65), escolaridade (sem escolaridade-4º ano; 5º-12º ano; ensino superior), estado civil (solteiro; casado/união de facto; divorciado/separado/viúvo), se tem filhos? (não; sim), situação profissional (ativo; não ativo; doméstico), grau parentesco (cônjuge; filho; outro), há quanto tempo presta cuidados (6m-1A; 1A-2A; 2A-5A; + 5A), quantas horas semana cuidados (1-8h; 9-20h; 21-40; + 40) e se tem apoio de para realizar os cuidados (Sim/Não).

Foram excluídas todas as diferenças estatisticamente significativas que apresentavam um valor de N reduzido (< 7).

3.1.8.1 Diferenças no grau de *Burnout* entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

Pelo facto de a amostra não apresentar uma distribuição normal, recorreu-se ao Teste Não Paramétrico de Mann-Whitney. Os dados apresentados correspondem apenas aos cuidadores formais, pelo facto de não ter sido aplicado o IBC aos cuidadores informais.

Tabela 27

Resultados Estatisticamente Significativos obtidos por Comparação entre os grupos “Masculino” e “Feminino” para o Burnout

	Média “Masculino” (N=24)	Média “Feminino” (N=159)	Sig (2 extremidades)	Z
<i>Burnout Pessoal</i>	67,33	95,72	0,014	-2,455

Foram realizadas todas as comparações de grupos no que se refere à aplicação do IBC. O único resultado estatisticamente significativo relaciona-se com o sexo (Masculino/Feminino) e encontra-se descrito na Tabela 27. Os resultados sugerem que o sexo feminino apresenta tendencialmente mais *burnout* pessoal que o sexo masculino.

3.1.8.2 Diferenças no grau de Sobrecarga entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

A análise de grupos no que se refere à sobrecarga, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, consoante a normalidade da distribuição das respetivas amostras. A descrição dos resultados obtidos será abordada distinguindo entre os resultados dos cuidadores formais (Tabela 28) e dos cuidadores informais (Tabela 29).

Após a aplicação do teste de normalidade de Shapiro-Wilk, confirmou-se que a amostra de cuidadores formais não apresentava uma distribuição normal, pelo que foi aplicado o teste Mann-Whitney.

Os resultados da análise de grupos referente aos cuidadores formais apresentam diversas relações estatisticamente significativas. No que se refere ao dado sociodemográfico “alvo de cuidados” obteve-se um resultado estatisticamente significativo com o fator “Expectativas do Cuidar”. Neste grupo, quem cuida de idosos/doentes crónicos apresenta valores mais elevados para este fator.

Em relação ao sexo, o género feminino apresenta resultados estatisticamente significativos para com os fatores “Escala Geral” e “Expectativas com o cuidar”, sugerindo uma maior sobrecarga sentida pelo sexo feminino associada a estes fatores.

Os restantes dados sociodemográficos que apresentam relações estatisticamente significativas são: a escolaridade, o estado civil, a presença de filhos, a categoria profissional e os anos de serviço. Todas estas relações são referentes a um único fator de sobrecarga, o das “Relações Interpessoais”. Este fator reflete as implicações na relação entre o cuidador e o alvo de cuidados.

Tabela 28

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Sobrecarga nos cuidadores formais

Alvo Cuidados	Média “Distúrbio Mental” (N=23)	Média “Doente Crónico” (N=31)	Sig (2 extremidades)	Z
Expectativas com o cuidar	19,76	33,24	0,002	- 3,149
Sexo	Média “Masculino” (N=17)	Média “Feminino” (N=106)	Sig (2 extremidades)	Z
Expectativas com o cuidar	45,88	64,58	0,043	- 2,019
Escala Geral	42,97	65,05	0,018	- 2,019
Idade	Média “≤ 45 Anos” (N=76)	Média “46-55” (N=33)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	60,11	43,24	0,010	- 2,578
Escolaridade	Média “5°-12° Ano” (N=56)	Média “Ensino Superior” (N=63)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	52,69	66,50	0,028	- 2,196
Estado Civil	Média “Solteiro” (N=50)	Média “Casado” (N=60)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	64,03	48,39	0,010	- 2,577
Escala Geral	62,06	50,03	0,049	- 1,970
Tem Filhos?	Média “Não” (N=48)	Média “Sim” (N=75)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	70,90	56,31	0,026	- 2,230
Categoria Profissional	Média “Técnico Superior” (N=63)	Média “Assistente Operacional” (N=58)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	67,48	53,97	0,033	- 2,132
Anos Serviço	Média “0-2 Anos” (N=38)	Média “6-10 Anos” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	29,03	17,15	0,012	- 2,511
Anos Serviço	Média “0-2 Anos” (N=38)	Média “+10 Anos” (N=39)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	45,38	32,78	0,013	-2, 488
Anos Serviço	Média “3-5 Anos” (N=24)	Média “6-10 Anos” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	21,60	14,19	0,046	0,045
Escala Geral	21,71	14,00	0,039	0,038
Anos Serviço	Média “3-5 Anos” (N=24)	Média “+10 Anos” (N=39)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	37,77	28,45	0,048	-1,976

A amostra de cuidadores informais apresenta uma distribuição não-normal na maioria das dimensões avaliadas, à exceção da dimensão “Escala total” que tem uma distribuição normal. Para esta dimensão foi utilizado o teste T para amostras independentes.

Considerando os resultados dos cuidadores informais na comparação de grupos para a sobrecarga, os principais dados sociodemográficos que apresentaram resultados estatisticamente significativos são: a “idade”, a “escolaridade”, “situação profissional”, “grau de parentesco”, “há quanto tempo cuida?” e “quantas horas de cuidado por semana”.

No que se refere à idade, os dados sugerem que os mais novos experienciam mais sobrecarga para os seguintes fatores: “relações interpessoais”, “percepção autoeficácia” e “impacto prestação cuidados”.

Tabela 29

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Sobrecarga nos cuidadores informais

Idade	Média “46-55” (N=16)	Média “56-65” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	18,28	10,96	0,019	-2,343
Percepção Autoeficácia	11,09	19,81	0,005	-2,798
Impacto Percepção Cuidados	18,56	10,62	0,012	-2,505
Idade	Média “56-65” (N=13)	Média “> 65” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Percepção Autoeficácia	14,88	8,25	0,018	-2,364
Escolaridade	Média “S/Esco/4ºAno” (N=9)	Média “Superior” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Percepção Autoeficácia	9,17	15,79	0,027	-2,213
Situação Profissional	Média “Ativo” (N=23)	Média “Não Ativo” (N=19)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	27,63	14,08	0	-3,091
Impacto Prestação Cuidados	25,48	16,68	0,020	-2,318
Expectativas Cuidar	25,33	16,87	0,024	-2,252
Grau Parentesco	Média “Cônjuge” (N=9)	Média “Filho” (N=24)	Sig (2 extremidades)	Z
Percepção Autoeficácia	11,11	19,21	0,029	-2,189
Expectativas Cuidar	11,56	19,04	0,044	-2,009
Grau Parentesco	Média “Filho” (N=24)	Média “Outro” (N=12)	Sig (2 extremidades)	Z
Expectativas Cuidar	21,33	12,83	0,020	-2,325
Há Quanto tempo cuida?	Média “2-5A” (N=11)	Média “+5A” (N=23)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	12,64	19,83	0,046	-1,993
Horas Semana	Média “1-8h” (N=23)	Média “+40h” (N=9)	Sig (2 extremidades)	Z
Relações Interpessoais	18,67	10,94	0,035	-2,112

3.1.8.3 Diferenças no grau de Qualidade de Vida relacionada com a Saúde entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

A análise de grupos no que se refere à Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, uma vez que a aplicação do teste de normalidade indicou que apenas a dimensão “Vitalidade” apresenta uma distribuição normal.

Os dados apresentados referem-se apenas aos valores estatisticamente significativos da amostra de cuidadores formais (Tabela 30). Este instrumento não foi aplicado aos cuidadores informais.

Tabela 30

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde nos cuidadores formais

Alvo Cuidados	Média “Distúrbio Mental” (N=23)	Média “Idoso/Neurológico” (N=36)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	40,70	23,17	0	-3,833
Sexo	Média “Masculino” (N=14)	Média “Feminino” (N=51)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	42,64	30,35	0,031	-2,159
Escolaridade	Média “5º-12ºAno” (N=20)	Média “Ensino Superior” (N=44)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	24,58	36,10	0,021	-2,300
Anos Serviço	Média “0-2A” (N=19)	Média “+10” (N=16)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	21,58	13,75	0,024	-2,258
Categoria Profissional	Média “Técnico Sup” (N=44)	Média “Assistente Operacional” (N=19)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	35,24	24,50	0,032	-2,138
Horas Semana	Média “1h-34h” (N=8)	Média “35h-40h” (N=38)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	37,44	20,57	0,001	-3,240
Horas Semana	Média “35-40h” (N=38)	Média “+40h” (N=14)	Sig (2 extremidades)	Z
Saúde Geral	23,07	35,82	0,007	-2,699

No que se refere à comparação de grupos para a Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde obteve-se resultados estatisticamente significativos para os dados sociodemográficos alvo de cuidados (distúrbio mental/idoso neurológico), sexo (masculino/feminino), escolaridade (5º-12ºano/ensino superior), anos de serviço (0-2A/+10A), categoria profissional (técnico superior/ assistente operacional) e horas de cuidados por semana (1-34h /35-40h;35-40h/+40h). Importante considerar que todos os dados se relacionaram com apenas uma

dimensão da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, a “Saúde Geral”. Esta dimensão mede a percepção holística da saúde, englobando aspetos da saúde atual e resistência à doença.

Analisando a escolaridade e a categoria profissional, verifica-se que quem tem mais estudos apresenta uma percepção da qualidade de vida aplicada à saúde mais elevada. Esta percepção de qualidade de vida elevada também se verifica nos anos de serviço, com menos anos a perceber melhor qualidade de vida.

3.1.8.4 Diferenças no grau de Qualidade de vida entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

A análise de grupos no que se refere à Qualidade de Vida, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, uma vez que a aplicação do teste de normalidade indicou que a “dimensão física” e a “dimensão psicológica” apresenta uma distribuição normal para a amostra de cuidadores informais.

Os dados apresentados referem-se apenas aos valores estatisticamente significativos das amostras de cuidadores formais e informais.

No que se refere aos cuidadores formais (Tabela 31), os dados sociodemográficos “Categoria profissional “ e “Anos de serviço” apresentam valores estatisticamente significativos. Na “Categoria Profissional” os dados sugerem que os técnicos superiores apresentam uma maior percepção de qualidade de vida do que os assistentes operacionais. Já para os anos de serviço, os resultados demonstram que, em média, quem tem menos anos de serviço apresenta uma maior qualidade de vida percebida para a “dimensão ambiente”.

Tabela 31
Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida nos cuidadores formais

Categoria Profissional	Média “Técnico Superior” (N=42)	Média “Assistente Operacional” (N=31)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Geral	41,21	31,29	0,040	-2,057
Anos Serviço	Média “3-5A” (N=16)	Média “6-10” (N=16)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Ambiente	19,88	13,13	0,041	-2,043

Analisando os resultados obtidos por comparação de grupos para a qualidade de vida para a amostra de cuidadores informais (Tabela 32), verificam-se várias associações estatisticamente significativas. Para o sexo, verifica-se várias correlações com diferentes dimensões do WHOQOL-Bref. Em todas estas associações, o sexo masculino apresenta médias

mais elevadas quando comparado com o sexo feminino, apontando para uma melhor percepção da qualidade de vida por parte do sexo masculino. No que se refere à escolaridade, indivíduos com o ensino superior apresentam valores mais elevados de qualidade de vida para a dimensão física.

A questão referente aos anos de cuidados apresenta uma correlação estatisticamente significativa com a dimensão física. Nesta, o cuidador que já o faz há mais de cinco anos apresenta melhores resultados de qualidade de vida.

No que se refere à existência de ajuda no cuidar, os dados revelam uma associação com a “dimensão física”, com valores mais elevados de qualidade de vida para os cuidadores que responderam não ter ajuda.

Tabela 32
Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para a Qualidade de Vida nos cuidadores informais

Alvo Cuidados	Média “Doente Oncológico” (N=20)	Média “Idoso/Neurológico” (N=44)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	59,10	70,77	0,002	-3,181
Dimensão Ambiente	25,10	35,86	0,030	-2,169
Sexo	Média “Masculino” (N=32)	Média “Feminino” (N=32)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Geral	37,92	27,08	0,015	-2,423
Relacionamento Social	36,92	27,23	0,033	-2,127
Dimensão Ambiente	37,41	27,59	0,033	-2,133
Dimensão Psicológica	74,05	63,67	0,009	2,69
Idade	Média “≤45” (N=15)	Média “46-55” (N=21)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Geral	22,97	15,31	0,025	-2,238
Idade	Média “≤45” (N=15)	Média “56-65” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Ambiente	12,57	19,97	0,024	-2,262
Idade	Média “46-55” (N=21)	Média “56-65” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Geral	15,93	23,91	0,019	-2,342
Relacionamento Social	15,79	24,09	0,020	-2,333
Idade	Média “46-55” (N=21)	Média “>65” (N=11)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	62,50	60,22	0,001	3,693
Idade	Média “56-65” (N=17)	Média “>65” (N=11)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Geral	17,18	10,36	0,024	-2,251
Dimensão Física	72,26	52,92	0,009	2,811
Escolaridade	Média “S/Esc” (N=11)	Média “Ensino Sup” (N=18)	Sig (2 extremidades)	Z

Dimensão Física	62,33	76,58	0,037	-2,191
Dimensão Psicológica	80,41	68,05	0,046	2,098
Escolaridade	Média “5°-12º Ano” (N=35)	Média “Ensino Sup” (N=18)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	63,77	76,58	0,012	-2,606
Situação Profissional	Média “Ativo” (N=36)	Média “Não ativo” (N=25)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	72,61	59,57	0,007	2,015
Grau de Parentesco	Média “Filho” (N=29)	Média “Outro” (N=14)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	75	63,77	0,05	2,015
Quanto tempo	Média “2-5A” (N=11)	Média “+5A” (N=22)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	61,68	76,78	0,027	-2,325
Horas Semana Cuidados	Média “1-8h” (N=22)	Média “21-40h” (N=9)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Psicológica	76,51	63,88	0,036	2,201
Horas Semana Cuidados	Média “1-8h” (N=22)	Média “+40” (N=9)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	73,05	54,76	0,012	2,682
Dimensão Psicológica	76,51	54,68	0,003	3,284
Horas Semana Cuidados	Média “21-40h” (N=9)	Média “+40” (N=9)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	72,22	54,76	0,029	2,397
Ajuda para Cuidar	Média “Sim” (N=43)	Média “Não” (N=21)	Sig (2 extremidades)	Z
Dimensão Física	64,03	73,46	0,011	-2,627

3.1.8.5 Diferenças no grau de Sintomas Psicopatológicos entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

A análise de grupos no que se refere aos sintomas psicopatológicos, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, uma vez que a aplicação do teste de normalidade indicou que a dimensão “Obsessão-compulsão”, a dimensão “Ansiedade” e a dimensão “Total de Sintomas Positivos” apresenta uma distribuição normal para a amostra de cuidadores informais.

Os dados apresentados referem-se apenas aos valores estatisticamente significativos da amostra de cuidadores formais e informais.

Tabela 33

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para os sintomas psicopatológicos nos cuidadores formais

Alvo Cuidados	Média “Idoso/Doente Crónico” (N=16)	Média “Idoso/Neurológico” (N=36)	Sig (2 extremidades)	Z
Obsessão-compulsão	33,22	23,51	0,032	-2,147
Sensibilidade Interpessoal	34,78	22,82	0,007	-2,707
Depressão	32,88	23,67	0,038	-2,079
Hostilidade	36,22	22,18	0,002	-3,128
Ideação Paranóide	37,25	21,72	0,001	-3,444
Escolaridade	Média “5°-12°Ano” (N=29)	Média “Ensino Superior” (N=21)	Sig (2 extremidades)	Z
Ansiedade Fóbica	29,24	20,33	0,017	-2,384
Estado Civil	Média “Solteiro” (N=11)	Média “Divorciado” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Ansiedade Fóbica	7,18	13,14	0,011	-2,540
Categoria Profissional	Média “Técnico Sup” (N=20)	Média “Assistente Operacional” (N=31)	Sig (2 extremidades)	Z
Ansiedade Fóbica	20,60	29,48	0,021	-2,313

Analisando os resultados dos cuidadores formais (Tabela 33) para com os sintomas psicopatológicos, obtiveram-se várias associações estatisticamente significativas entre o grupo alvo de cuidados (Idoso/Idoso Neurológico) e diferente sintomatologia psicopatológica. Assinalar que o alvo de cuidados “Idoso/Doente crónico apresenta resultados superiores, apontando para uma possível manifestação mais frequente de sintomas psicopatológicos.

A escolaridade e a categoria profissional apresentam resultados estatisticamente significativos com a ansiedade fóbica indicando que quem tem mais estudos experiencia menos ansiedade fóbica.

Verificam-se diversas associações estatisticamente significativas para com a amostra de cuidadores informais (Tabela 34). Na análise do sexo, o género feminino apresenta valores mais elevados de sintomatologia psicopatológica quando comparada com o género masculino. Considerando a idade, os mais novos parecem apresentar valores, em média, mais elevados de sintomatologia em comparação com os mais velhos.

Quando realizada a análise de há quanto tempo o cuidador presta o cuidado, obteve-se que quem presta esses cuidados há mais de 5 anos apresenta menos sintomatologia psicopatológica. Analisando o grau de parentesco, o cônjuge apresenta valores mais elevados de somatização quando comparado com o filho na prestação de cuidados.

Tabela 34

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para os sintomas psicopatológicos nos cuidadores informais

Alvo Cuidados	Média “Doente Oncológico” (N=28)	Média “Idoso” (N=45)	Sig (2 extremidades)	Z
Ansiedade	1,17	0,77	0,009	2,692
Sexo	Média “Masculino” (N=27)	Média “Feminino” (N=46)	Sig (2 extremidades)	Z
Sensibilidade Interpessoal	25,35	43,84	0	-3,668
Depressão	28,76	39,73	0,028	-2,204
Ansiedade	0,72	1,04	0,025	-2,286
Índice Geral de Sintomas	30,46	42,49	0,021	-2,312
Idade	Média “≤45” (N=16)	Média “56-65” (N=22)	Sig (2 extremidades)	Z
Ansiedade	1,23	0,79	0,047	2,06
Idade	Média “≤45” (N=16)	Média “>65” (N=14)	Sig (2 extremidades)	Z
Obsessão-Compulsão	1,42	0,877	0,036	2,23
Ansiedade	1,23	0,68	0,033	2,237
Idade	Média “46-55” (N=21)	Média “>65” (N=14)	Sig (2 extremidades)	Z
Hostilidade	20,93	19,04	0,035	-2,107
Obsessão-Compulsão	1,27	0,87	0,05	2,034
Escolaridade	Média “S/Esc-4ºAno” (N=19)	Média “5º-12ºAno” (N=29)	Sig (2 extremidades)	Z
Sensibilidade Interpessoal	18,36	26,80	0,034	-2,034
Hostilidade	17,39	27,43	0,012	-2,501
Psicoticismo	19,11	28,03	0,027	-2,209
Escolaridade	Média “S/Esc-4ºAno” (N=19)	Média “Ensino Sup” (N=26)	Sig (2 extremidades)	Z
Somatização	27,50	19,04	0,030	-2,170
Índice Sintomas Positivos	18,46	12,19	0,048	-1,974
Escolaridade	Média “5º-12ºAno” (N=29)	Média “Ensino Sup” (N=26)	Sig (2 extremidades)	Z
Hostilidade	32,52	23,31	0,032	-2,150
Tem Filhos?	Média “Não” (N=28)	Média “Sim” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Sensibilidade Interpessoal	19,63	28,56	0,024	-2,254
Índice Geral de Sintomas	7,50	10,17	0,048	-1,979
Obsessão-Compulsão	0,79	1,40	0,015	-2,642
Ansiedade	0,60	1,03	0,04	-2,182
Situação Profissional	Média “Não Ativo” (N=27)	Média “Doméstica” (N=11)	Sig (2 extremidades)	Z
Obsessão-Compulsão	0,94	1,55	0,01	-2,709
Ansiedade	0,71	1,15	0,026	-2,323
Depressão	15,61	29,56	0,001	-3,377
Psicoticismo	17,50	26,36	0,026	-2,226
Índice Geral de Sintomas	17,73	25,77	0,047	-1,982
Grau Parentesco	Média “Cônjuge” (N=23)	Média “Filho” (N=36)	Sig (2 extremidades)	Z
Somatização	37,57	25,17	0,006	-2,722
Quanto tempo presta cuidados	Média “2-5A” (N=11)	Média “+5A” (N=23)	Sig (2 extremidades)	Z
Ideação Paranóide	23,86	14,46	0,009	-2,598
Psicoticismo	23,68	14,54	0,010	-2,572
Ajuda para cuidar	Média “Sim” (N=43)	Média “Não” (N=27)	Sig (2 extremidades)	Z
Obsessão-compulsão	1,30	0,91	0,036	2,136

3.1.8.6 Diferenças no grau de aplicação de estratégias de *Coping* entre cuidadores com diferentes características sociodemográficas

A análise de grupos no que se refere às estratégias de *coping*, foi realizada com recurso ao teste T para amostras independentes e ao teste Mann-Whitney, uma vez que a aplicação do teste de normalidade indicou que a estratégia “Fuga-evitamento”, e “Distanciamento” não apresentam uma distribuição normal para a amostra de cuidadores formais. No que se refere ao teste de normalidade dos cuidadores informais, as estratégias “Autocontrolo” e “Assumir Responsabilidades” apresentam uma distribuição não normal.

Os dados apresentados referem-se apenas aos valores estatisticamente significativos da amostra de cuidadores formais e informais (Tabela 35 e 36).

Considerando a comparação de grupos para a amostra de cuidadores formais podemos observar os resultados relacionados com a idade, verificando que os mais novos utilizam com mais frequência estratégias de *coping* (Autocontrolo e Assumir Responsabilidades).

No que se refere ao estado civil, os casados tendem a utilizar mais frequentemente a estratégia “Fuga/Evitamento” do que os solteiros.

Tabela 35

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para as estratégias de coping nos cuidadores formais

Alvo Cuidados	Média “Distúrbio Mental” (N=23)	Média “Idoso/Neurológico” (N=17)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	7,13	5,00	0,003	3,144
Idade	Média “≤45” (N=45)	Média “46-55” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Autocontrolo	11,09	8,15	0,014	2,545
Relativo Autocontrolo	1,58	1,16	0,014	2,545
Absoluto Assumir Responsabilidades	6,73	4,62	0,008	2,747
Relativo Assumir Responsabilidades	1,8	1,2	0,006	2,878
Estado Civil	Média “Solteiro” (N=22)	Média “Casado” (N=30)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Fuga-Evitamento	20,95	30,57	0,023	-2,275
Relativo Fuga-Evitamento	21,05	30,50	0,026	-2,232
Estado Civil	Média “Solteiro” (N=22)	Média “Divorciado” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	6,86	3,60	0,001	3,892

Relativo Assumir Responsabilidades	1,83	1,03	0,002	3,348
Estado Civil	Média “Casado” (N=30)	Média “Divorciado” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Suporte Social	11,23	7,60	0,049	2,036
Relativo Suporte Social	1,88	1,26	0,042	2,102
Absoluto Assumir Responsabilidades	6,40	3,60	0,008	2,778
Relativo Assumir Responsabilidades	1,70	1,033	0,015	2,541
Anos Serviço	Média “0-2A” (N=15)	Média “6-10A” (N=19)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	7,40	5,53	0,015	2,572
Horas Semana	Média “1-34h” (N=16)	Média “+40h” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto/Relativo Autocontrole	9,31	11,77	0,036	-2,208
Relativo Assumir Responsabilidades	1,54	1,94	0,011	-2,733
Absoluto Resolução Problema	10,25	12,31	0,043	-2,124
Horas Semana	Média “35-40h” (N=32)	Média “+40h” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	5,84	7,77	0,009	-2,761

Para a amostra de cuidadores informais observa-se que quem apresenta uma menor escolaridade utiliza estratégias de *coping* evitante quando comparados com aqueles com mais estudos. No que se refere ao tempo de prestação de cuidados, quem é cuidador há mais tempo utiliza com mais frequência estratégias como “Assumir Responsabilidades”.

Observando os valores obtidos para a questão da ajuda no cuidar, verifica-se que quem diz não ter ajuda no processo de cuidar utiliza com mais frequência as seguintes estratégias de *coping*: “Distanciamento” e “Autocontrole”.

Tabela 36

Resultados estatisticamente significativos obtidos por comparação de grupos para as estratégias de coping nos cuidadores informais

Alvo Cuidados	Média “Doente Oncológico” (N=33)	Média “Idoso/Neurológico” (N=28)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Fuga/Evitamento	8,27	6,04	0,032	2,196
Relativo Fuga/Evitamento	1,18	0,87	0,043	2,07
Relativo Resolução Problema	1,38	1,70	0,035	-2,154
Escolaridade	Média “S/Escolaridade” (N=8)	Média “Ensino Superior” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto e Relativo Fuga/Evitamento	9,00	3,77	0,011	2,826

Escolaridade	Média “5º-12º Ano” (N=39)	Média “Ensino Superior” (N=13)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Fuga/Evitamento	8,15	3,77	0	4,015
Grau Parentesco	Média “Cônjuge” (N=28)	Média “Outro” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Suporte Social	12,21	8,60	0,011	2,678
Relativo Suporte Social	1,84	1,35	0,028	2,291
Absoluto Assumir Responsabilidades	4,04	6,70	0,01	-2,717
Relativo Assumir Responsabilidades	1,29	1,93	0,055	-1,987
Grau Parentesco	Média “Filho” (N=23)	Média “Outro” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	14,76	22,15	0,040	-2,051
Quanto tempo presta cuidados	Média “1-2Anos” (N=12)	Média “+5Anos” (N=10)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto Assumir Responsabilidades	8,92	14,60	0,039	-2,066
Ajuda para cuidar	Média “Sim” (N=28)	Média “Não” (N=22)	Sig (2 extremidades)	Z
Absoluto/Relativo Distanciamento	4,25	6,23	0,006	-2,858
Absoluto/Relativo Autocontrole	20,93	31,32	0,012	-2,522

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

A presente investigação teve como intenção caracterizar uma amostra de cuidadores formais e informais, relativamente à Qualidade de Vida e Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde percecionadas, nível de *Burnout*, nível de Sobrecarga, utilização de Estratégias de *Coping* em situações de *stress* e Sintomatologia Psicopatológica.

Procedeu-se também à análise de possíveis relações entre as variáveis referidas anteriormente, bem como em relação a algumas variáveis sociodemográficas.

A discussão de resultados do presente estudo encontra-se organizada de acordo com a ordem dos objetivos referidos no enquadramento teórico e a ordem de apresentação dos resultados descritos no capítulo anterior.

4.1 Análise do nível de *Burnout* percecionado pelos Cuidadores Formais

Os cuidadores formais em análise apresentam, em média, baixos níveis de *burnout*. No que se refere às escalas, as mais elevadas foram o “*Burnout* relacionado com o Trabalho” e o “*Burnout* Pessoal”, sugerindo-se, assim, que os cuidadores formais tendem a experienciar uma maior fadiga e exaustão física e psicológica em relação ao seu trabalho e à sua vida no geral. A escala com resultados mais baixos foi a de “*Burnout* relacionado com o Utente” apontando para que os cuidadores formais experienciem menos exaustão física e psicológica quando o seu trabalho é realizado através da interação com os utentes.

Os resultados obtidos são semelhantes aos reportados por Fonte (2011), que utiliza uma amostra de enfermeiros de um centro hospitalar. Apesar da semelhança de resultados, os reportados por Fonte (2011) são, em média, mais baixos dos que os encontrados no presente estudo, exceto na escala “*Burnout* relacionado com o Utente”. Comparando com os resultados obtidos por Correia (2012), os valores encontrados no presente estudo são menores. De considerar que os resultados obtidos por Correia (2012) tiveram como amostra enfermeiros de uma unidade de desintoxicação, sendo um local associado a elevados níveis de *stress*. O local de prestação de cuidados poderá influenciar os valores obtidos, hipótese a ser considerada visto que a escala que apresenta valores mais altos de *burnout* é escala relacionada com o trabalho.

4.2 Análise do nível de Sobrecarga percebido

Os resultados obtidos sugerem a tendência para a percepção de sobrecarga ligeira em ambas as amostras de cuidadores formais e informais, de acordo com o ponto de corte apresentado por Sequeira (2010). Os resultados obtidos são inferiores aos apresentados por Sequeira (2007, citado por Sequeira 2018a), que realiza a distinção entre cuidadores com dependência mental e cuidadores com dependência física reportando valores de sobrecarga intensos nos cuidadores com dependência mental. Ricarte (2009) também reporta uma percentagem alta de sobrecarga intensa numa amostra de cuidadores informais.

Em relação às escalas que caracterizam a sobrecarga, os resultados mais elevados foram observados na escala “Impacto da prestação de cuidados” para ambas as amostras de cuidadores formais e informais. Os resultados sugerem que a prestação de cuidados tem um impacto na sobrecarga sentida, pelas alterações físicas, emocionais e sociais que o cuidar traz.

4.3 Análise da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde

A Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde caracteriza a percepção que a pessoa tem da sua qualidade de vida relativamente ao estado de saúde em que se encontra atualmente. Na análise da Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde observou-se que os cuidadores formais tendem a perceber uma boa qualidade de vida de acordo com o seu estado de saúde. Os resultados obtidos são superiores aos encontrados por Figueiredo & Sousa (2008) no seu estudo da percepção do estado de saúde de cuidadores familiares de idosos com e sem demência.

Os resultados mais elevados nas dimensões “Função física”, “Desempenho Físico” e “Desempenho Emocional” sugerem que os cuidadores não percebem limitações a nível físico e emocional. As dimensões “Vitalidade” e “Dor Corporal” obtiveram os resultados mais baixos, sugerindo que os cuidadores perceberam níveis mais baixos de energia e capacidade para realizar o trabalho.

4.4 Análise da Qualidade de Vida

Os resultados referentes aos cuidadores formais indicam que, em média, os mesmos percecionam a sua qualidade de vida como relativamente boa. Os resultados obtidos são semelhantes aos obtidos por Serra et al (2006) no grupo de controlo do estudo de validação para português do instrumento WHOQOL-Bref. O “Domínio Psicológico” obteve o resultado mais elevado, demonstrando a importância que o mesmo apresenta para uma boa qualidade de vida. Este domínio avalia diferentes facetas da qualidade de vida, como por exemplo: a frequência de sentimentos positivos, a memória e concentração, a autoestima ou a espiritualidade. Os restantes domínios apresentam resultados elevados, à exceção do “Domínio Ambiental”, que é em média, mais baixo. Este domínio avalia diferentes facetas relacionadas com a segurança física, o ambiente em casa, os recursos económicos, oportunidade para adquirir novas competências ou a participação em atividades de lazer. Pimenta, Rodrigues & Greguol (2010) também encontram resultados semelhantes para o “Domínio Ambiental”.

No que se refere aos resultados dos cuidadores informais, os dados obtidos são semelhantes aos dos cuidadores formais com a diferença que nesta amostra o domínio que apresentou valores mais elevados é o “Domínio das Relações Sociais”. Este domínio avalia as relações pessoais e o apoio social percecionado.

4.5 Identificação das Estratégias de *Coping* utilizadas em situações de *stress*

No que se refere às estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores formais quando perante situações de *stress*, a estratégia de *coping* utilizada com mais frequência descreve esforços focados sobre o problema com o intuito de alterar a situação, esforços estes associados a uma abordagem analítica da solução do problema (“Resolução Planeada do Problema”). A segunda estratégia mais frequentemente utilizada é a de “Procura de Suporte Social”, que traduz os esforços na procura de diferentes tipos de apoio. Também se verifica uma elevada frequência na utilização da estratégia de “Reavaliação Positiva”, que se pauta pelos esforços de criação de significados positivos.

Avaliando os resultados obtidos pelos cuidadores informais, os mesmos reproduzem a frequência de estratégias mais utilizadas obtidas nos cuidadores formais. A estratégia “Procura Suporte Social” continua a ser a mais utilizada, seguida de “Reavaliação Positiva” e “Resolução Planeada do Problema”.

Os resultados obtidos encontram-se de acordo com os dados encontrados por Pais-Ribeiro & Santos (2001) que enumeram uma lista de utilização de estratégias de *coping* avaliadas pelo QMLA, das mais utilizadas para as menos, e que contemplam no topo da lista as estratégias mais frequentemente encontradas no presente estudo.

4.6 Análise dos Sintomas Psicopatológicos

A análise dos sintomas psicopatológicos pauta-se de uma importância fundamental na manutenção de uma saúde mental equilibrada, que por sua vez se traduz na capacidade de desempenhar cuidados estruturados à pessoa dependente.

Considerando os resultados obtidos para os cuidadores formais observou-se que as escalas com pontuação mais elevada foram respetivamente as dimensões “Ideação Paranóide” e “Obsessão-Compulsão”. Estes resultados são mais baixos do que os encontrados por Canavarro et al (1999, 2007) na população geral.

Em relação aos índices gerais, os resultados são superiores aos obtidos por Canavarro et al (1999, 2007) na amostra da população geral para o “Índice de Sintomas Positivos” apontando para uma maior intensidade dos sintomas referidos.

No que se refere aos resultados obtidos pelos cuidadores informais as dimensões mais elevadas são “Obsessão-Compulsão”, “Depressão”, “Ideação Paranóide” e “Ansiedade”, resultados que vão de encontro ao encontrado por Canavarro et al (1999, 2007). No que se refere aos índices obtidos, esta amostra de cuidadores informais apresenta resultados muito superiores aos obtidos por Canavarro (1999, 2007) na população geral. Estes resultados parecem indicar que os indivíduos da amostra de cuidadores informais apresentam uma complexa manifestação de sintomatologia associada a uma intensidade elevada desses sintomas.

4.7 Analisar possíveis relações entre as variáveis Qualidade de Vida, Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde, Estratégias de *Coping*, *Burnout*, Sobrecarga e Sintomas Psicopatológicos, bem como a sua relação com as variáveis sociodemográficas “Idade”, “Escolaridade”, “Quantos Filhos?”, “Anos de Serviço na Instituição” e “Carga Horária Semanal”

Foi abordado ao longo deste trabalho a complexidade e multidimensionalidade do ato de cuidar. É um processo que associa efeitos negativos e positivos, com influência no bem-estar físico e psicológico do cuidador. Por forma a obter uma compreensão mais completa do ato de cuidar e do ser cuidador, é necessário considerar os vários constructos e instrumentos de avaliação disponíveis.

Obtiveram-se várias relações estatisticamente significativas entre os domínios do WHOQOL-Bref e as dimensões do SF-36 na amostra de cuidadores formais. As relações encontradas foram na sua maioria positivas e com uma magnitude moderada a forte, resultados semelhantes aos obtidos por Huang, Wu & Frangakis (2006) que se propuseram a investigar se estes dois instrumentos mediam a mesma dimensão. A única dimensão SF-36 que apresentou associações negativas com todos os domínios do WHOQOL-Bref foi a dimensão “Mudança de Saúde”. Esta dimensão avalia a percepção que o indivíduo apresenta sobre a diferença do seu estado de saúde em relação ao anterior, pelo que quanto maior for a diferença relatada menor será a qualidade de vida percebida.

A qualidade de vida apresentou correlações significativas de cariz negativo sugerindo que quanto mais elevada a qualidade de vida percebida menor é a vivência de *burnout*. O estudo de Craiovan (2015) também apresenta resultados semelhantes. De considerar que o “Domínio das Relações Sociais” não apresentou qualquer correlação com as escalas de *burnout*. Este resultado também foi encontrado por Craiovan (2015).

Considerando a relação entre qualidade de vida e a sobrecarga para os cuidadores formais, obteve-se vários resultados estatisticamente significativos entre estas dimensões. As relações estabelecidas caracterizam-se por serem negativas e de magnitude moderada, pelo que se verifica que quando o sentimento de sobrecarga aumenta, a qualidade de vida percebida diminui. Figueiredo & Sousa (2008) também apresentam resultados semelhantes. Seria expectável uma tendência de resultados semelhantes para os cuidadores formais, porém as relações estatisticamente significativas estabelecidas foram diminutas.

No que se refere à relação entre o *burnout* e a sobrecarga verificaram-se associações positivas entre as dimensões de sobrecarga e as escalas de *burnout*. Estes dados vão de encontro aos apresentados por Yıldızhan, Ören, Erdoğan & Bal (2018), que reportam correlações estatisticamente positivas entre estes dois constructos.

Já foi referido ao longo deste estudo o possível impacto que o cuidar tem sobre a saúde física e mental do cuidador. O grau de morbilidade psicológica e física encontra-se diretamente relacionado com as estratégias de *coping*. São estes processos de *coping* os responsáveis por mediar os eventos percebidos como stressantes e os sintomas físicos e psicológicos

experienciados pelo cuidador (Guedes & Pereira, 2013). Não foram encontradas correlações estatisticamente significativas na amostra dos cuidadores formais para a relação entre os processos de coping e a sintomatologia psicopatológica. Porém, os cuidadores informais apresentaram algumas correlações estatisticamente significativas. Na sua maioria são de cariz negativo, dado igualmente suportado pelo estudo de Guedes & Pereira (2013). Contrariando esta tendência, surge uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre o “Índice de Sintomas Positivos” e a estratégia de “Fuga/Evitamento”. Esta correlação também se encontra contemplada no artigo de Guedes & Pereira (2013), o qual justifica esta correlação com o facto dos cuidadores ansiosos e com altos níveis de sobrecarga e depressão evitarem ou minimizarem situações que lhe provoquem mais *stress*, usando com frequência estratégias de evitamento.

4.8 Comparar, dentro do grupo de cuidadores formais e informais, diferenças entre subgrupos definidos a partir de dados sociodemográficos para as diferentes variáveis

O cuidar revela-se um processo idiossincrático de cada cuidador. Porém, esta aprendizagem pessoal no ato de cuidar pode ser pautada por dados sociodemográficos potencialmente preditores de efeitos positivos ou negativos que permitem estabelecer uma tentativa de descrição generalista do perfil de cuidador.

O sexo é um importante preditor, relacionando-se com as diferentes dimensões associadas ao ato de cuidar. Como já referido no enquadramento teórico, o papel da mulher encontra-se muito vinculado ao processo de cuidar, dedicando várias horas, muitas vezes sem apoio ou ajuda. Esta dedicação leva a que surjam alguns problemas físicos e psicológicos devido ao desgaste associado às rotinas e dificuldades de cuidar de uma pessoa dependente. Os dados obtidos no presente estudo vêm corroborar como o sexo feminino é mais afetado pela sobrecarga, *burnout* e sintomatologia psicopatológica. Este resultado é apoiado por Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) referindo que apesar da variável sexo não se apresentar como um forte preditor do *burnout* pela variação de resultados obtidos em diferentes estudos, esta perceção de que o sexo feminino experiencia mais *burnout* poderá estar associada aos estereótipos de papéis que cada sexo desempenha e que influencia as carreiras profissionais (mulheres são mais suscetíveis de trabalhar em profissões que prestam cuidados). Por outro lado, e sabendo a relação inversa entre o *burnout* e a qualidade de vida, o sexo feminino

apresenta valores menores de qualidade de vida percebida quando comparada com o sexo masculino.

O alvo de cuidados já foi referido anteriormente como passível de influenciar o ato de cuidar. Vários estudos (Ory et al., 1999; Sequeira, 2018c) realizam a distinção entre os indivíduos com dependência física e os indivíduos com dependência mental, verificando que os indivíduos com dependência mental apresentam mais dificuldades, com o uso de um menor número de estratégias de *coping* e a obtenção de uma menor satisfação com o cuidar. A comparação de grupos da amostra de cuidadores formais levou a que se obtivesse maior nível de depressão, hostilidade, ideação paranóide e obsessão-compulsão com os doentes crónicos. Este alvo de cuidados também apresenta uma maior sobrecarga nas expectativas com o cuidar. Os resultados apresentados fazem sentido para este grupo de cuidadores, visto que já lidam há muito tempo com os efeitos adversos do cuidar, tendo muitas vezes esgotado a capacidade associada ao cuidar. No que se refere aos dados dos cuidadores informais, o alvo de cuidados “doente oncológico” apresenta maior ansiedade, menor qualidade de vida e uso de estratégias de *coping* evitante quando comparado com o cuidador “idoso neurológico”.

A idade apresenta igualmente relações com a capacidade de cuidar. Yıldızhan, Ören, Erdoğan & Bal (2018) e Kim, Chang, Rose & Kim (2012), referem que os valores de sobrecarga aumentam tendencialmente com a idade. Os dados obtidos para esta dimensão não vão de encontro aos alcançados no estudo anteriormente referido. No presente estudo os mais novos apresentaram uma maior sobrecarga, sendo que nos cuidadores informais se encontra relacionada com o fator “perceção de autoeficácia” e nos cuidadores formais com o fator “relações interpessoais”. Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) também salientam a influência da idade no *burnout*, considerando que a mesma é mais frequente numa idade mais nova.

Outro dado apresentado por Yıldızhan, Ören, Erdoğan & Bal (2018) relaciona-se com o nível de educação. Os mesmos consideram que existe uma relação inversa entre a sobrecarga e a educação, ou seja, os indivíduos com menos habilitações literárias tendem a perceber uma maior sobrecarga. Uma das hipóteses levantadas para esta relação prende-se com o facto que os cuidadores com maiores níveis de educação tem mais capacidades de coping em situações adversas. No presente estudo os resultados relacionados com a escolaridade para ambas as amostras de cuidadores vão no sentido contrário, com os indivíduos com mais habilitações a demonstrar uma maior sobrecarga. Estes dados são apoiados pelos resultados de Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) que associam valores mais elevados de *burnout* com maiores habilitações literárias.

Kim, Chang, Rose & Kim (2012) definem o número de horas dedicadas ao cuidar como um preditor significativo da sobrecarga. Referem que um aumento nas horas dedicadas a cuidar levam a um aumento na sobrecarga. Os resultados obtidos no presente estudo vão no sentido contrário dos referidos anteriormente, com os cuidadores informais com menos horas dedicadas a cuidar a experienciar níveis mais elevados de sobrecarga (fator “Relações Interpessoais”). Este resultado poderá ser explicado pelas dificuldades de relacionamento com o alvo de cuidados, pelo facto de cuidar poucas horas poderá não ter uma rotina de cuidados estabelecida, levando a situações de *stress*.

Guedes & Pereira (2013) apresentam resultados que relacionam uma duração de cuidados mais longos com menores níveis de sobrecarga. Esta afirmação vai de encontro aos resultados encontrados no presente estudo para a amostra de cuidadores formais. Os autores anteriormente referidos associam estes resultados ao facto de que os cuidadores adquirem mais competências e ferramentas para resolver os problemas à medida que o tempo avança, o que leva a uma diminuição da sobrecarga. Esta tendência não se encontrou na amostra de cuidadores informais.

É também referido por Zacharopoulou, Zacharopoulou & Lazakidou (2015) a importância que uma rede de suporte e ajuda familiar apresenta na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da sobrecarga sentida. Esta afirmação vai de encontro aos resultados encontrados no presente estudo, particularmente para as estratégias de coping nas quais se pode verificar que quando existe ajuda a estratégia mais utilizada é “Autocontrolo”. Quando esta ajuda está ausente, a estratégia mais utilizada é o “Distanciamento”. Analisando a variável de qualidade de vida relacionada com a disponibilidade de ajuda, os resultados encontrados vão contra o que é referido na literatura, apresentando uma menor qualidade de vida para a “Dimensão Física”.

No que se refere ao estado civil vários autores referem o estatuto marital como preditor de sobrecarga e *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Kim, Chang, Rose & Kim, 2012; Guedes & Pereira, 2013), verificando que os solteiros apresentam valores mais elevados das dimensões anteriormente referidas. Esta tendência também se verificou no presente estudo com os solteiros a apresentarem maiores níveis de sobrecarga para o fator “Relações Interpessoais” do que os casados.

CAPÍTULO V - CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendeu-se com o presente estudo caracterizar duas amostras de cuidadores formais e informais com enfoque na exploração de variáveis como a Qualidade de Vida, a Qualidade de Vida relacionada com a Saúde, as Estratégias de *Coping* utilizadas perante situações de *stress*, o nível de *Burnout* e a Sobrecarga percebida, assim como a Sintomatologia Psicopatológica.

O objetivo desta caracterização passa pela tentativa de criar um perfil multidimensional dos cuidadores formais e informais, permitindo estruturar características e comportamentos que ajudem a reconhecer e compreender as suas dificuldades e limitações.

O cuidador formal é caracterizado por uma predominância do sexo feminino, casado e com alta escolaridade. Possui descendentes, tendo em média dois filhos. Apresenta uma satisfação elevada com a sua profissão com poucas faltas ao serviço e com motivação para continuar a exercer as suas funções. No que se refere ao *burnout*, apresentam valores baixos desta dimensão. A sobrecarga encontrada é ligeira para esta amostra. A qualidade de vida também é percebida como elevada, com poucas limitações físicas ou emocionais. Em relação às estratégias de *coping*, os cuidadores formais utilizam com mais frequência estratégias focadas nos problemas. Os sintomas psicopatológicos mais observados neste tipo de cuidadores são a ideação paranóide e a obsessão-compulsão.

O cuidador informal é frequentemente do sexo feminino e casado. Em termos de escolaridade apresenta habilitações literárias médias. O grau de parentesco do cuidador é partilhado entre o cônjuge e o filho. São cuidadores com alguns anos de cuidados (mais de 5 anos), e que normalmente prestam mais de 40 horas semanais de cuidados. Frequentemente coabitam com o dependente, apresentando normalmente ajuda no processo de cuidar. Estes cuidadores apresentam uma sobrecarga ligeira, percebendo uma boa qualidade de vida principalmente no domínio social e psicológico. Também utilizam estratégias de *coping* focadas no problema, mais frequentemente “suporte social”, “reavaliação positiva” e “resolução planeada do problema”. No que se refere à sintomatologia, as dimensões mais frequentes são a “obsessão-compulsão”, “depressão”, “ideação paranóide” e “ansiedade”.

Considerando as relações estabelecidas entre as diferentes variáveis, a qualidade de vida e a qualidade de vida relacionada com a saúde apresentam associações positivas, para ambos os cuidadores, entre si e entre a generalidade dos seus domínios e dimensões, sugerindo que quando uma aumenta a outra também aumenta. A qualidade de vida apresenta associações de cariz negativo com o *burnout*, sugerindo que o aumento de uma variável se traduz na diminuição da outra variável. O *burnout* e a sobrecarga apresentam relações estatisticamente

significativas de cariz positivo, indicando que o aumento nos níveis de sobrecarga tem tendência a rever-se, também, no aumento de níveis de *burnout*. O *burnout* e os sintomas psicopatológicos apresentam relações estatisticamente significativas com cariz positivo. A sobrecarga e a qualidade de vida apresentam relações negativas estatisticamente significativas. No que se refere à relação entre as estratégias de *coping* e o *burnout* as relações estatisticamente significativas existentes caracterizam-se por serem positivas e de magnitude baixa. As estratégias de *coping* e os sintomas psicopatológicos apresentam um número reduzido de relações estatisticamente significativas, considerando a relação positiva entre “Fuga/Evitamento” e “Índice Geral de Sintomas”.

Observaram-se associações positivas entre a sobrecarga e os sintomas psicopatológicos nos cuidadores formais. Na amostra de cuidadores informais as relações estatisticamente significativas são quase inexistentes. No que se refere à sobrecarga e estratégias de *coping*, não foram encontradas quaisquer relações estatisticamente significativas. A qualidade de vida relacionada com a saúde e os sintomas psicopatológicos apresentam relações negativas estatisticamente significativas. Por último, a relação entre a qualidade de vida relacionada com a saúde e as estratégias de *coping* apresentaram poucos resultados estatisticamente significativos.

Considerando a análise da relação entre dados sociodemográficos e as diferentes variáveis, observam-se principalmente relações com a idade, escolaridade e carga horária semanal. Estes dados são complementados pela comparação de grupos que permitiu obter informação mais específica referente aos diferentes dados sociodemográficos. Os dados obtidos por esta comparação de grupos, na sua maioria, encontram-se de acordo com aqueles referidos na literatura.

Este estudo apresenta algumas limitações. Apesar do tamanho da amostra ser satisfatório, os vários locais de prestação de cuidados por parte do cuidador e a diversidade dos alvos de cuidados poderão levar a resultados com pouca expressão nas correlações estabelecidas entre os diferentes instrumentos de medida. Seria interessante aplicar os objetivos do presente estudo a um novo com características mais uniformes para as variáveis anteriormente referidas. Outra limitação relaciona-se com a desigualdade encontrada entre a frequência do sexo feminino e masculino. Apesar de o cuidar se encontrar mais frequentemente associado ao género feminino, o que justifica os dados obtidos no presente estudo seria importante reproduzir o estudo com uma amostra mais uniforme. A literatura faz inúmeras referências ao facto das experiências, formas de cuidar, modos de lidar com *stress* e sintomatologia associada ao cuidar

ser diferente para os homens ou mulheres, como tal, algumas das correlações obtidas no presente estudo poderão não ser passíveis de ser generalizadas para a população geral.

Este estudo contribui para a descrição de dois tipos de cuidadores, formais e informais. A associação e correlação de um grande número de variáveis que no seu conjunto permitiram uma caracterização mais real e abrangente das características e dificuldades inerentes a cada tipo de cuidador traduzem-se na possibilidade de estruturar apoios e programas de formação e capacitação que auxiliem o cuidador na experiência de cuidar.

Uma sugestão futura passa pelo estudo correlacional entre estes dois tipos de cuidadores com o intuito de estudar características comuns a ambos os cuidadores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em lares – Aspetos e contextos da qualidade de vida* (master's thesis, Instituto Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal).
- Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (1995). *Profiles in caregiving, the unexpected career*. Academic Press.
- Areosa, S. V. C., Henz, L. F., Lawisch, D., & Areosa, R. C. (2014). Cuidar de si e do outro: estudo sobre os cuidadores de idosos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (2), 482-494. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150212>
- Barbosa, A. L., Cruz, J., Figueiredo, D., Marques, A., & Sousa, L. (2011). Cuidar de idosos com demência em instituições: competências, dificuldades e necessidades percebidas pelos cuidadores formais. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 12 (1), 119-129.
- Berwanger, D. C. (2012). *Sofrimento psíquico de cuidadores de idosos*. (Monografia, Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil).
- Blackburn, J. A., & Dulmus, C. N. (2007). Family Caregiving. In *Handbook of Gerontology: evidence-based approaches to theory, practice and policy*. John Wiley & Sons.
- Bruhn, J. G., & Rebach, H. M. (2014a). The contemporary challenges of caregiving. In *The sociology of caregiving*. Springer.
- Bruhn, J. G., & Rebach, H. M. (2014b). The health of caregivers. In *The sociology of caregiving*. Springer.
- Bruhn, J. G., & Rebach, H. M. (2014c). Caregiving at the end of life. In *The sociology of caregiving*. Springer.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In Simões, M. R, Gonçalves, M. M. & ALMEIDA, L. S. *Testes e Provas Psicológicas em Portugal (vol. II)*. Braga: APPORT/SO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida. *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL. *Alicerces*, III (3), 243-268.
- Chou, K., Chu, H., Tseng, C., & Lu R. (2003). The measurement of caregiver burden. *Journal of Medical Sciences*, 23 (2), 73-82.
- Colomé, I., Marqui, A., Jahn, A., Resta, D., Carli, R., Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2), 306-312.
- Correia, V., M., C. (2012). *Burnout nos Enfermeiros da Unidade de Desabituação de Coimbra* (master's thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal).
- Craiovan, P.M. (2015). Burnout, depression and quality of life among the Romanian employees working in non-governmental organizations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 187 (4), 234-238.
- Estevens, J. (2017). Saúde e despesa em saúde num Portugal envelhecido. *Revista de estudos demográficos*, 41-63.
- Ferreira, P. L. (2000a). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta médica Portuguesa*, 13, 55-66.

- Ferreira, P. L. (2000b). Criação da versão portuguesa do MOS SF-36: Parte II – Testes de validação. *Acta médica Portuguesa*, 13, 55-66.
- Ferreira, C. G., Alexandre, T., Lemos, N. (2011). Fatores associados à qualidade de vida de cuidadores de idosos em assistência domiciliária. *Saúde Soc. São Paulo*, 20 (2), 398-409.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N. & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa Saúde Pública*, 30 (2), 163-171.
- Ferreira, P., Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 21 (2), 15-30.
- Figueiredo, D., Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26 (1), 15-24.
- Fonte, C. M. (2011). Adaptação e validação para português do questionário de Copenhagen Burnout Inventory (master's thesis). Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Guedes, A. C., & Pereira, M. G. (2013). Burden, Coping, Physical Symptoms and Psychological Morbidity in Caregivers of Functionally Dependent Family Members. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 21 (4), 935-940.
- Huang, C., Wu, S.W., & Frangakis, C. (2006). Do the SF-36 and the WHOQOL-Bref measure the same constructs? Evidence from the Taiwan population. *Quality of life research*, 15, 15-24.
- Hespanhol, A. (2005). Burnout e stresse ocupacional. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 7 (1-2), 153-162.

- Kapari, M., Addington-Hall, J., & Hotopf, M. (2010). Risk factors for common mental disorder in caregiving and bereavement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 40(6), 844-856.
- Kaskie, B., Gregory, D., & Van Gilder, R. (2009). Community mental health service use by older adults with dementia. *Psychological Services*, 6 (1), 56-67.
- Kim, H., Chang, M., Rose, K., & Kim S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of advanced Nursing*, 68(4), 846-855. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress*, 19(3), 192-207.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lage, I. (2005). Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Lopes, L. M. P. (2007). Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (1), 39-46.
- Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. M. Fonseca. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. In Schaufeli, W. B., Maslach, C., & Marek, T. (Eds). *Professional burnout: Recent developments in the theory and research*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

- Ory, M. G., Hoffman, R. R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39 (2), 177– 185.
- Pais-Ribeiro, J., & Santos, C. (2001). Estudo conservador de adaptação do *Ways of Coping Questionnaire* a uma amostra e contexto portugueses. *Análise Psicológica*, XIX (4), 491-502.
- Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30 (5), 583-594.
- Pimenta, R. A., Rodrigues, L. A., & Greguol, M. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 14 (3), 69-76.
- Ricarte, L. F. C. S. (2009). Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande (master's thesis). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Rocha, B., & Pacheco, J. (2013). Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal. *Acta Paul Enferm*, 26 (1), 50-56.
- Saraiva, D. M. F. (2011). O olhar dos e pelos cuidadores: os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador (master's thesis). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Savage, S., & Bailey, S. (2004). The impact of caring on caregivers' mental health: a review of the literature. *Australian Health Review*, 27(1), 103-109.
- Schulz, R., Mendelsohn, A. B., Haley, W. E., Mahoney, D., Allen, R. S., Zhang, S., Thompson, L., & Belle, S. H. (2003). End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*, 349, 1936–1942.

- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44 (3), 105-113.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit. *Revista Referência*, 12, 9-16.
- Sequeira, C. (2018a). Principais repercussões associadas ao cuidar. In Sequeira, C. (2ª Ed.). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – Edições técnicas.
- Sequeira, C. (2018b). Tipologias de Prestação de Cuidados. In Sequeira, C. (2ª Ed.). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – Edições técnicas.
- Sequeira, C. (2018c). Considerações Finais. In Sequeira, C. (2ª Ed.). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel – Edições técnicas.
- Serra, A. V., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M.J., Rijo, D., Carona, C., & Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27,1, 41-49.
- Simões, M. S. R (2012). *Capacidade para o trabalho em cuidadores formais de idosos* (master's thesis, Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal).
- Testad, I., Mikkelsen, A., Ballard, C., & Aarsland, D. (2010). Health and well-being in care staff and their relations to organizational and psychosocial factors, care staff and resident factors in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8), 789-797.
- Tuithof, M., Have, M., Dorsselaer, S. & Graaf, R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. *BMC Psychiatry*, 15:23, 1-8. DOI 10.1186/s12888-015-0406-0

- Vitaliano, P. P., Russo, J., Young, H. M., Teri, L. & Maiuro, R. D. (1991). Predictors of burden in spouse caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Psychology and Aging*, 6(3), 392-402.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2, 153-159.
- World Health Organization (1948). The constitution of the World Health Organization. *WHO Chron*, 1-29.
- Yıldızhan, E., Ören, N., Erdoğan, A., & Bal, F. (2018). The burden of care and burnout in individuals caring for patients with Alzheimer's disease. *Community Mental Health Journal*, 1-7. DOI: 10.1007/s10597-018-0276-2
- Zacharopoulou, G., Zacharopoulou, V. & Lazakidou, A. (2015). Quality of Life for Caregivers of Elderly Patients with Dementia and Measurement Tools: A Review. *International Journal of Health Research and Innovation*, 3(1), 49-64.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.